PSIHOLOGIE PSIHOTERAPIE

ATAŞAMENTUL ÎN PSIHOTERAPIE

DAVID J. WALLIN

Relaţia psihoterapeutică joacă rolul esenţial în schimbarea psihică

TREI

Editori:
SILVIU DRAGOMIR
VASILE DEM. ZAMFIRESCU

Director editorial:
MAGDALENA MĂRCULESCU

Coperta:
FABER STUDIO (S. Olteanu, A. Rădulescu, D. Dumbrăvician)

Director de producţie:
CRISTIAN CLAUDIU COBAN

Redactor:
SIMONA REGHINTOVSCHI

Dtp:
GABRIELA CHIRCEA

Corecturi:
SÂNZIANA DOMAN
ELENA TĂTARU

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
WALLIN, DAVID J.
Ataşamentul în psihoterapie/ David J. Wallin; trad.: Mihaela Dumitrescu.
- Bucureşti : Editura Trei, 2010
Bibliogr.

Index
ISBN 978-973-707-392-1

I. Dumitrescu, Mihaela (trad.)

615.851

Titlul original: *Attachment in Psychotherapy*
Autor: David J. Wallin

C.P. 27-0490, Bucureşti
Tel./Fax: +4 021 300 60 90
e-mail: comenzi@edituratrei.ro
www.edituratrei.ro

ISBN 978-973-707-392-1

Cuprins

Doar legați! Despre asta a fost întreaga sa predică. Doar legați proza cu pasiunea și ambele se vor înflăcăra, iar dragostea umană va fi pe cele mai înalte culmi. Nu mai trăiți pe bucăți. Doar legați-vă, iar bestia și călugărul, lipsiți de izolarea care se numește viață pentru amândoi, vor muri.

— E.M. Forster (1910/1999)

Ființa care este obiectul propriei sale reflecții, ca urmare chiar a acestei dublări, va deveni imediat capabilă să se ridice într-o nouă sferă. În realitate, o altă lume se naște.

— Pierre Teilhard De Chardin (1959)

Pentru Gina, Anya și Gabriel

Despre autor

Dr. David J. Wallin este psiholog clinician și lucrează în domeniu privat în Mill Valley și Albany, California. Absolvent al Colegiului Harvard, cu doctoratul făcut la Institutul Wright din Berkeley, California, practică, predă și scrie despre psihoterapie de aproape trei decenii. Dr. Wallin este coautor (cu Stephen Goldbart) al lucrării „Mapping the Terrain of the Heart: Passion, Tenderness, and the Capacity to Love".

Prefață

O singură întrebare a lansat odiseea care a produs această carte: *cum reușește psihoterapia să le permită oamenilor să se schimbe?*

Această întrebare mi-a inspirat o curiozitate profundă pentru mai mult de trei decenii, fără îndoială atât din motive personale, cât și profesionale. Fiind un student absolvent în căutarea unui subiect pentru disertație, m-am gândit să încerc să rezolv acest mister observând ceea ce *au făcut* clinicienii consacrați cu pacienții lor. După câțiva ani am ajuns la concluzia că acești cercetători ai atașamentului au urmat o cale asemănătoare observând ceea ce făceau părinții responsivi senzitiv cu copiii lor.

Pentru că „ceea ce fac terapeuții buni cu pacienții lor este analog cu ceea ce fac părinții de succes cu copiii lor" (Holmes, 2001, p. xi), studiile despre relațiile care facilitează dezvoltarea în copilărie ar trebui să ne învețe multe despre tipurile de relații terapeutice care facilitează cel mai eficient schimbarea. În mod similar, cercetarea atașamentului cu privire la consecințele dezvoltării pe o cale greșită ar trebui să ofere o bază științifică pentru înțelegerea suferinței și a vulnerabilității care aduc pacienții noștri la terapie.

Dar care *sunt* exact implicările clinice ale cercetării și cum pot face acestea munca noastră ca terapeuți mai eficientă?

Faptul că aceste întrebări au rămas atât de mult timp în așteptarea unui răspuns este parțial datorat unui accident al istoriei. Având convingerea fermă că relațiile *reale* timpurii din copilărie — nu fanteziile noastre interne despre ele — sunt cele care ne modelează fundamental, Bowlby, cel care va deveni părintele teoriei atașamentului, a intrat din ce în ce mai mult în discuții contradictorii cu colegii săi psihanaliști. Pentru stabilirea atașamentului (în locul pulsiunilor sexuale sau agresive) în inima dezvoltării umane, el a fost efectiv marginalizat de către comunitatea analitică

din vremea sa. Rezultatul a fost că teoria atașamentului a devenit proprietatea intelectuală în special a cercetătorilor, și nu a psihoterapeuților. Prin urmare, ironia sorții este că deși Bowlby și-a petrecut majoritatea timpului tratând pacienții, teoriile sale — formulate inițial pentru a augmenta eficiența tratamentului — au fost testate și elaborate de către investigatori, majoritatea dintre aceștia nefiind clinicieni practicieni.

Acești cercetători au adus o rigoare empirică studiului celor mai intime legături umane, generând multitudinea de cunoștințe despre relațiile părinte-copil, lumea internă și psihopatologie, ceea ce a făcut din teoria atașamentului modelul dominant al psihologiei contemporane a dezvoltării. Niciun alt context fundamentat științific nu ne spune mai multe despre cum am ajuns ceea ce suntem. Totuși, până de curând terapeuții erau lăsați să-și tragă propriile concluzii despre cum trebuie aplicată această teorie. Astfel promisiunea clinică a teoriei atașamentului a rămas neîndeplinită.

Această carte reprezintă contribuția mea la realizarea acestei promisiuni. Folosindu-mă atât de neurobiologie, științele cognitive, studiile despre traume și psihologia budistă, cât și de teoria atașamentului și psihanaliza relațională, vreau să transmit modul în care terapeuții pot folosi în mod practic trei elemente-cheie ale cercetării atașamentului. Prin urmare, m-am concentrat pe relația terapeutică ca fiind creuzetul dezvoltării, pe centralitatea dimensiunii nonverbale și pe influența transformatoare a reflecției și meditației.

Inițial concepută în urmă cu trei ani, lucrarea trebuia să fie rapid încheiată. Predau despre atașament și psihoterapie de la mijlocul anilor '90 și m-am așteptat să transform materialul acestor cursuri într-o carte într-o perioadă de șase până la nouă luni. Dar acest proces de transpunere a devenit un proces de descoperire mult mai lung și mai plin de satisfacții decât am anticipat inițial. Sper ca următoarele capitole să transmită rezultatul acestui proces în așa fel încât citind-o să puteți să împărtășiți experiența descoperirilor mele.

Mulțumiri

Cu lucrarea în sfârșit terminată, ai o satisfacție enormă să poți să mulțumești tuturor celor care au făcut acest lucru posibil.

Așadar, pentru început au fost Nancy Kaplan, care mi-a făcut cunoștință cu adevărat cu teoria atașamentului; Owen Renik, care m-a inspirat să îmi asum riscul de a face unele legături între teoria atașamentului și activitatea clinică, și Karlen Lyons-Ruth, care a încurajat sinteza mea despre cercetarea dezvoltării și psihoterapia relațională. Phillip Shaver s-a dovedit a fi deosebit de generos cu insight-ul și experiența sa. După ce am auzit că a susținut pentru Dalai Lama o prezentare despre atașament, l-am sunat imediat pe Phil și am aflat că și el era intrigat de promisiunea terapeutică a parteneriatului dintre atașament și meditație. Le sunt, de asemenea, recunoscător lui Erik Hesse și Mary Main pentru disponibilitatea lor pentru mine în Berkeley, pentru sugestiile lor atente și pentru suportul lor. De cealaltă parte a Atlanticului, Peter Fonagy a fost în mod constant responsiv. Să vorbesc cu el despre ideile lui și ale mele a fost o mare plăcere și un ajutor.

Lui Cindy Hyden îi mulțumesc din inimă pentru părerile sale editoriale de neprețuit, sfatul înțelept și experiența sa. De la propunerea cărții și până la finalizarea proiectului, mi-a asigurat o bază de siguranță. Lui Jim Nageotte de la Guilford Press îi datorez în mod special mulțumiri. De la început a recunoscut potențialul acestei cărți și de-a lungul întregului proces a avut contribuții importante în ceea ce privește conținutul și forma sa.

Printre numeroși prieteni, membri ai familiei și colegi care au citit secțiuni ale cărții, au discutat conținutul ei și/sau au oferit ajutor autorului, le sunt recunoscător lui Stephen Seligman, Richard Tarnas, Michael Blumlein,

Lloyd și Catherine Kamins, Stephen Goldbart, Freda Wallin, Michael Walllin, Laurie Cohen, David Shaddock, Michael Guy Thompson, Diana Fosha, Judy Pickles, Lynnette Beall, Barbara Holifield, Jules Burstein, Johanne Busch, Ava Charney-Danysh, Sara Fisher, Michael Gray, Linda Hendricks și Horacio Miller. Sunt recunoscător, de asemenea, ajutorului dat de Bob Cassidy pentru a-mi aduce ideile în lume și pentru că din neatenție a împins ușor spre alcătuirea acestei cărți. Mulțumiri, de asemenea, Lindei Graham pentru conversațiile de la prânz, care au fost mereu informative și adesea m-au inspirat.

Pacienților mei și în special acelora care mi-au permis să folosesc în carte experiențele noastre comune le datorez foarte mult. Pe măsură ce m-au lăsat să intru în viața, inimile și mintea lor, nu am învățat doar cum să pot fi mai de ajutor ca terapeut, ci am învățat și despre mine.

Pentru contribuțiile sale unice și valoroase în ceea ce privește viața mea personală, profesională și creativă, îi mulțumesc lui Alice Jones.

În sfârșit, dar cel mai important, aș vrea să le mulțumesc — fără să le pot mulțumi vreodată suficient — soției mele, Gina, și copiilor mei Anya și Gabriel, ale căror dragoste, (aproape) inepuizabilă răbdare și, da, sacrificiu au făcut posibilă această carte. Pe lângă aceste daruri, inteligența, sensibilitatea și perspicacitatea clinică ale Ginei au făcut din aceasta un excelent partener — și un colaborator valoros — în conturarea ideilor care au alcătuit această carte.

CAPITOLUL 1

Atașament și schimbare

...rolul terapeutului este analog cu cel al mamei care îi asigură copilului ei o bază de siguranță de unde să exploreze lumea.

— John Bowlby (1988, p. 140)

Conform lui Bowlby, în lume viețile noastre, din leagăn și până în mormânt, se învârt în jurul atașamentelor intime. Deși atitudinea noastră față de aceste atașamente este conturată cel mai mult de primele noastre relații, suntem totuși maleabili. Dacă relaționările noastre timpurii au fost problematice, atunci relațiile următoare ne pot oferi altă șansă, poate furnizându-ne potențialul de a iubi, simți și de a reflecta, având libertatea care rezultă dintr-un atașament securizant. În cel mai bun caz, psihoterapia asigură exact acest tip de relație curativă.

Cum anume, noi, ca psihoterapeuți, putem da pacienților noștri posibilitatea de a crește peste limitele impuse de trecutul lor este o întrebare pe care teoria atașamentului nu o adresează în mod direct. Totuși, cercetările din prezent inspirate de insight-urile inițiale ale lui Bowlby au o valoare clinică enormă, oferindu-ne o imagine din ce în ce mai clară asupra dezvoltării sinelui într-un context relațional specific.

În încercarea de a utiliza puterea acestor cercetări, am identificat trei aspecte care par a avea cele mai profunde și mai fertile implicații pentru psihoterapie: primul, că *relațiile de atașament* cocreate reprezintă contextul-cheie al dezvoltării; al doilea, că *experiența preverbală* formează miezul sinelui aflat în dezvoltare, și al treilea, că *atitudinea sinelui față de experiență* prezice mai bine siguranța dată de atașament decât evenimentele personale din trecut.

În trasarea implicațiilor clinice ale acestor concluzii de bază, m-am extins, bineînțeles, până la literatura atașamentului. Dar, de asemenea, am ajuns până dincolo de aceasta, nu numai până la intersubiectivitate și teoria relațională, ci până la neuroștiințele afective — pe care Allan Schore (2004) le numește „neurobiologia atașamentului" —, precum și la științele cognitive, studiile despre traumă și explorarea conștiinței. Acest capitol caută să înțeleagă cele trei aspecte esențiale din punctul de vedere al centralității relațiilor de atașament, al experienței preverbale și al funcției reflective pentru dezvoltare. El extrage beneficiul lor clinic într-un model de psihoterapie care implică *transformarea sinelui prin intermediul relației*. Scopul meu este să transmit orientarea către vindecarea emoțională — filosofia clinică derivată din revizuirea cercetărilor, a teoriilor și a experienței personale —, care stă la baza tuturor abordărilor pe care le utilizez pentru a-mi ajuta pacienții.

Așa cum voi explica mai departe, modelul propus al psihoterapiei ca transformare prin relație descrie o traiectorie similară cu desfășurarea poveștii teoriei atașamentului. Bowlby (1969/1982) a început prin recunoașterea faptului că atașamentul este un imperativ biologic cu rădăcini în necesitatea evolutivă: relația de atașament cu persoana/persoanele de îngrijire este importantă pentru supraviețuirea și dezvoltarea fizică și emoțională a copilului. Dată fiind această necesitate de atașament, copilul trebuie să se adapteze la persoana care îl îngrijește, excluzând în mod defensiv orice comportament care ar pune în pericol această legătură. Cercetările lui Mary Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978) au clarificat faptul că siguranța sau nesiguranța copilului este determinată de calitatea comunicării *nonverbale* în cadrul relației de atașament — și alături de aceasta, de abordarea propriilor sentimente de către copil. Cercetările lui Mary Main (Main, Kaplan & Cassidy, 1985) au clarificat modul în care aceste interacțiuni timpurii nonverbale comandate biologic se întipăresc la copil ca reprezentări mentale și reguli de procesare a informației, care influențează la rândul lor libertatea cu care este capabil să gândească, să simtă, să-și amintească și să acționeze copilul mai mare, adolescentul și apoi adultul. În sfârșit, Main (1991) și Peter Fonagy (Fonagy, Steele & Steele, 1991a) au subliniat importanța crucială a poziției sinelui în relație cu propriile experiențe. Ei au arătat că siguranța atașamentului, flexibilitatea și abilitatea de a crește copii „siguri" sunt toate corelate cu capacitatea individului de a adopta o atitudine reflexivă față de experiență. Deci de la Bowlby la Ainsworth, Main și Fonagy, desfășurarea narațiunii teoriei atașamentului s-a realizat prin focalizarea asupra legăturilor intime, domeniului nonverbal și relației sinelui cu experiența.

Tot aceste trei teme organizează un model al terapiei ca transformare prin relație. În acest model, relația de atașament a pacientului cu terapeutul este primară și fundamentală. Ea asigură o bază de siguranță care este *sine qua non* pentru explorare, dezvoltare și schimbare. Acest sentiment al unei baze de siguranță apare din eficiența terapeutului acordat la pacient în a-l ajuta să tolereze, să moduleze și să-și exprime sentimentele dificile. În virtutea acestei siguranțe resimțite de către pacient, siguranță generată de aceste interacțiuni prin care afectele sunt reglate, relația terapeutică poate asigura contextul pentru accesarea unor experiențe dezavuate sau disociate care nu au fost — și probabil nu pot fi — transpuse în cuvinte. Această relație reprezintă, de asemenea, contextul în care terapeutul și pacientul, după ce au făcut loc acestor experiențe, pot încerca să le dea sens. Accesarea, exprimarea clară și reflectarea asupra sentimentelor, gândurilor și impulsurilor disociate și neverbalizate întăresc „competența narativă" a pacientului (Holmes, 1996) și ajută la schimbarea atitudinii pacientului față de experiență către o poziție mai reflexivă. În ansamblu, *procesul relațional/emoțional/reflexiv* din inima terapiei centrate pe atașament facilitează integrarea experiențelor dezavuate, ajutând astfel la crearea unui sentiment de sine mai coerent și mai sigur.

Relațiile transformatoare

La fel cum relația de atașament inițială îi permitea copilului să se dezvolte, în cele din urmă *noua* relație de atașament cu terapeutul este cea care îi permite pacientului să se schimbe. Pentru a-l parafraza pe Bowlby (1988), acest tip de relație asigură o bază de siguranță care permite pacientului să-și asume riscul de a simți ceea ce nu ar trebui să simtă și să cunoască ceea ce nu ar trebui să cunoască. Rolul terapeutului aici este de a ajuta pacientul atât să demoleze tiparele de atașament din trecut, cât și să construiască altele noi în prezent. Așa cum am văzut, tiparele folosite în primele noastre atașamente se reflectă ulterior nu numai în modul în care relaționăm cu ceilalți, ci și în obiceiurile noastre de a simți și de a gândi.

În acelaşi fel, relaţia pacientului cu terapeutul are potenţialul de a genera tipare noi de reglare afectivă şi gândire, precum şi ataşamente. Altfel spus, relaţia terapeutică este creuzetul dezvoltării în care relaţia pacientului cu propria experienţă a realităţii interne şi externe poate fi fundamental transformată.

Cunoscutul negândit

Date fiind rădăcinile prelingvistice ale tiparelor de ataşament iniţiale ale pacientului şi dezavuările şi disocierile pe care le-au necesitat acestea, terapeutul trebuie să se acordeze la exprimările nonverbale ale experienţelor pentru care pacientul „nu are deocamdată cuvinte". Asta înseamnă că terapeutul trebuie să găsească moduri de a se conecta la ceea ce Christopher Bollas (1987) denumea „cunoscutul negândit" al pacientului. Sesizarea subtextului nespus (sau negândit) al unei conversaţii terapeutice necesită ceea ce câţiva scriitori (Bateson, 1979; Bion, 1959) au numit „viziune binoculară" a clinicianului, care urmăreşte subiectivitatea atât a pacientului, cât şi a terapeutului. Presupunerea subiacentă este că pacientul care nu poate (sau nu vrea) să verbalizeze propriile experienţe disociate sau dezavuate le va *evoca* la alţii, le va *trece la act* cu alţii sau le va *încorpora*. Rezultatul clinic este faptul că terapeutul trebuie să acorde o atenţie deosebită propriei sale experienţe subiective, trecerilor la act în transfer–contratransfer create împreună de pacient şi terapeut şi limbajului nonverbal al emoţiilor şi corpului — pentru toate acestea există căi de accesare şi în cele din urmă de integrare a ceea ce pacientul a trebuit să nege sau să dezavueze.

Poziţia faţă de experienţă: reprezentarea, reflecţia şi meditaţia

Odată cu sublinierea rolului central al experienţei nonverbale şi relaţionale, cercetarea ataşamentului subliniază şi importanţa funcţiei reflexive şi a metacogniţiei. Într-un plan mai general, această cercetare scoate în evidenţă impactul decisiv al poziţiei sinelui faţă de propria experienţă.

Ataşamentul securizant este în mod evident asociat cu o poziţie reflexivă faţă de experienţă. După părerea lui Main (1991), această poziţie se

bazează pe capacitatea metacognitivă de a recunoaşte „*doar* natura reprezentaţională" a propriilor noastre credinţe şi sentimente (p. 128). Cu această poziţie putem să ne retragem din „realitatea" imediată a experienţei şi să răspundem prin prisma stării mentale care stă la baza acesteia — pentru a folosi termenul lui Fonagy, putem să „mentalizăm". Cu cât avem mai multă libertate de a mentaliza, cu atât este mai puţin probabil să fim prinşi fără posibilitatea de a scăpa de reflexele emoţionale formate pe parcursul primelor noastre relaţii. Aşa cum arată cercetările care au folosit Interviul de Ataşament al Adultului al lui Main, poziţia reflexivă faţă de experienţă este total diferită de cea găsită la indivizii nesiguri, care tind fie să minimizeze sau să nege impactul experienţei lor (în starea mentală de respingere), fie să se lase copleşiţi de aceasta (în starea mentală de preocupare). Ca regulă, cu cât vom fi mai capabili de a mobiliza o poziţie reflexivă, cu atât vom fi mai rezilienţi şi mai capabili de a creşte copii siguri.

Tocmai de aceea, pentru a „creşte" pacienţi siguri trebuie să ne cultivăm capacitatea de reflecţie profundă. De asemenea, trebuie să cultivăm această capacitate şi la cei care vin la noi pentru ajutor. Ca terapeuţi, eforturile noastre de a facilita sau de a dezinhiba capacităţile de mentalizare ale pacienţilor noştri reprezintă o componentă importantă a ajutorului pe care îl oferim. În măsura în care facem posibilă capacitatea de mentalizare a pacienţilor, întărim aptitudinea lor de a-şi regla afectele, de a integra experienţele care au fost disociate şi de a avea un sentiment de sine mai solid şi mai coerent.

Dincolo de capacitatea de a avea o poziţie reflexivă, aş susţine faptul că există potenţial pentru o poziţie faţă de experienţele interne şi externe care este, într-un anumit sens, mai „profundă" şi mai apropiată de propriul centru subiectiv. Mă gândesc aici la o poziţie care implică o atenţie deliberat noncritică acordată experienţei din momentul prezent — adică o poziţie *meditativă* (Germer, Siegel & Fulton, 2005; Kabat-Zinn, 2005). Deşi meditaţia nu face parte din vocabularul ataşamentului, acest construct din psihologia budistă pare un rezultat firesc şi al cercetării şi al teoriei ataşamentului. Phillip Shaver, coeditor al cărţii *Handbook of Attachment*, mi-a spus că a avut ocazia să citească de curând o mulţime de cărţi despre budism pentru pregătirea unei prezentări ştiinţifice pentru Dalai Lama. Spre surprinderea sa, a descoperit acea psihologie ca fiind nu doar compatibilă, ci în

anumite aspecte aproape identică cu psihologia teoriei atașamentului (Shaver, comunicare personală, 2005).

Pentru a clarifica ce înseamnă atitudinea meditativă, să ne imaginăm patru inele concentrice, fiecare reprezentând un element care contribuie la experiența de moment-cu-moment de a fi un „sine meditativ".

Inelul exterior reprezintă realitatea externă. Lumea realității externe nu cuprinde doar evenimentele care ni se întâmplă și situațiile pe care le cocreăm, ci și, probabil cel mai important aspect, oamenii cu care relaționăm.

Deplasându-ne spre interior, al doilea inel reprezintă lumea reprezentărilor: adică modelele mentale ale experiențelor precedente care ne scutesc de necesitatea de a reinventa roata în fiecare nou moment. Aceste modele reprezentaționale ne orientează, formează interpretările noastre despre trecut și prezent și stabilesc așteptările noastre pentru viitor.

În interiorul celui de-al doilea inel se află al treilea inel, care reprezintă acea parte din noi care este capabilă de o poziție reflexivă față de experiență — pe scurt, „sinele reflexiv". Aici reprezentările noastre, inclusiv modelele noastre de lucru interne, sunt înțelese ca mediind sau filtrând experiența realității externe. Nici nu echivalăm lumea subiectivă a reprezentărilor cu lumea obiectivă a realității externe, nici nu negăm impactul realității externe asupra experienței noastre subiective. Din această poziție putem reflecta, conștient sau inconștient, asupra sensului experienței noastre, în loc să luăm în considerare superficial experiența. Acest lucru ne permite o libertate internă semnificativă.

Teoria atașamentului are de-a face în mod explicit doar cu elementele reprezentate de aceste prime trei inele: realitatea externă, lumea reprezentărilor și sinele reflexiv. Totuși, mie mi se pare că există o traiectorie în narațiunea teoriei atașamentului care indică asemenea unei săgeți spre al patrulea inel aflat în interiorul celui de-al treilea. Acest al patrulea inel reprezintă ceea ce am numit sinele meditativ.

Formulând sub forma unei ghicitori, acest sine este răspunsul la întrebarea: cine (sau ce) este cel care reflectează de fapt la experiență? Dacă o poziție reflexivă implică metacogniția — gândirea despre gândire —, pare firesc să întrebăm *cine gândește gândurile despre gândire*. Poți să încerci, așa cum am făcut și eu, să închizi ochii și să îți pui această întrebare. Propriul meu răspuns (de natură experiențială) la această întrebare m-a luat prin surprindere: *nimeni*. Împletită cu doctrina fundamentală a psihologiei budiste, această înțelegere evazivă reflectă paradoxul că sinele meditativ poate fi în același timp un sine „sigur" sau niciun fel de sine (personal), ci doar conștientizare (vezi Goldstein & Kornfield, 1987; Kornfield, 1993; Engler, 2003).

Jeremy Holmes (1996), care a scris foarte elocvent despre atașament, atinge același paradox când recunoaște că a împrumutat de la budism termenul de „*nonatașament*" pentru a descrie o „poziție echidistantă", care include conștientizarea *atât* a profunzimii și lărgimii experienței sinelui, *cât* și a faptului că sinele este „în cele din urmă o ficțiune" (p. 30).

Dintr-un alt punct de vedere asupra problemei meditării: în timp ce poziția reflexivă față de experiență implică metacogniția, poziția meditativă implică o *metaconștientizare* — adică conștientizarea conștientizării. Cu alte cuvinte, sinele care *reflectează* la experiență ia parte la conținutul experienței, în timp ce sinele conștient ia parte la procesul experienței. O astfel de atenție conștientă clarifică procesul prin care experiența este construită (Engler, 2003).

Fonagy se referă la cercetările care subliniază potențialul clinic al meditației bazate pe meditație ca adjuvant al psihoterapiei. El afirmă că „ceea ce noi numim «mentalizare» este în mod direct accentuată de practicarea meditației" (Allen & Fonagy, 2002, p. 35). Punctul de vedere al lui Fonagy este fără dubii bine precizat. Totuși, meditarea implică mai mult decât meditația formală și susține mai mult decât doar mentalizarea.

Exercițiul regulat al conștientizării meditative pare să favorizeze aceleași beneficii — autoreglarea afectivă și corporală, comunicarea acordată cu ceilalți, insight-ul, empatia — pe care cercetările le-au găsit ca fiind asociate cu istoricul de atașament securizant în copilărie (Siegel, 2005, 2006). Deși pot fi și alte explicații pentru aceste rezultate similare, consider totuși că ele derivă din faptul că în mod asemănător atașamentul securizant și meditația sunt capabile să genereze — pe căi total diferite — aceleași resurse psihologice neprețuite, adică o bază de siguranță *internalizată*.

Relațiile de atașament securizant din copilărie și din psihoterapie ajută la dezvoltarea acelei prezențe interne liniștitoare, oferindu-ne experiențele de a fi recunoscut, înțeles și apreciat, care pot fi ulterior internalizate. Practicarea meditației poate dezvolta o prezență internă liniștitoare

comparabilă, oferindu-ne experiențe (fugare sau susținute) ale sinelui altruist sau universal, care este pur și simplu conștientizare. Aceste experiențe sunt adesea marcate de sentimente profunde de siguranță, acceptare și conexiune atât în relație cu alții, cât și cu noi înșine (Linda Graham, comunicare personală, 2006).

Ca terapeuți, propria noastră capacitate de a fi meditativi poate fi importantă în eforturile noastre de a ne ajuta pacienții. În primul rând și probabil cel mai important, o poziție meditativă facilitează acea experiență de a fi în mod ferm ancorat în momentul prezent. Psihanalistul britanic Wilfrid Bion (1970) a surprins această stare a prezenței deschise la fel ca oricare alt filosof budist atunci când a lăudat avantajele apropierii față de pacient „fără memorie, dorință sau înțelegere" (pp. 51–52). Astfel, ancorați în aici-și-acum— și nu în trecutul amintit, viitorul dorit sau abstractizări teoretice —, suntem mai puțin vulnerabili la propriile noastre tendințe fie de a respinge, fie de a fi preocupați. O poziție de conștientizare ne permite să fim mult mai prezenți, deschiși și capabili de a răspunde — la fel ca părintele „suficient de bun" — necesităților momentului, pe măsură ce acestea ies la suprafață din interacțiunea noastră cu pacientul. În al doilea rând, o poziție meditativă, centrată pe prezent, facilitează experiența de a fi în interiorul propriului corp și de a fi conștient de acesta. Acordarea consecutivă la propriile noastre răspunsuri somatice amplifică semnalele care ne permit să ne racordăm la exprimările nonverbale ale stării interne a pacientului. Astfel, meditarea poate crește atât empatia adecvată, cât și capacitatea noastră de a ne conecta la experiențele neverbalizate și, probabil, disociate ale pacientului. În al treilea rând, meditarea (ca stare mentală de siguranță din punctul de vedere al atașamentului) facilitează o atitudine de acceptare — o deschidere nondefensivă și o receptivitate față de experiență *așa cum este ea*, care ne ajută să facem loc întregului spectru de sentimente, gânduri și dorințe ale pacientului. În acest fel, orientarea meditativă a terapeutului poate facilita o relație cu pacientul, relație care să stimuleze procesul de integrare.

Această integrare poate să nu fie doar scopul principal al psihoterapiei, ci și o consecință atât a atașamentului securizant, cât și a practicării conștientizării meditative. Ca parte a ceea ce face ca relația terapeutică să fie una transformatoare, atitudinea meditativă a terapeutului poate avea și o calitate „contagioasă" — stârnind pacientului propria experiență de meditare, la fel cum exprimări ale atitudinii reflexive a terapeutului ajută la stimularea capacității de a mentaliza a pacientului. Suplimentar, la unii pacienți poate fi de ajutor pentru terapeut să încurajeze practicarea meditației.

Am încredere că am clarificat faptul că, văzută din prisma teoriei și a cercetării atașamentului, puterea de vindecare a psihoterapiei derivă în principal din interacțiunea terapeutică. Noua relație de atașament pe care pacientul o formează cu terapeutul poate funcționa ca un creuzet al dezvoltării. În capitolele următoare voi pătrunde mai adânc în cele trei teme-cheie — relația, dimensiunea nonverbală și poziția sinelui față de experiență — care orientează munca mea cu fiecare pacient. Capitolele din partea I rezumă povestea teoriei cercetării și a atașamentului, stabilind pe parcurs fundamentul conceptual al cărții. Partea a II-a descrie impactul relațiilor de atașament asupra sinelui aflat în dezvoltare. Partea a III-a face primele punți de legătură între teoria atașamentului și practica psihoterapeutică. Partea a IV-a explică implicațiile clinice care rezultă din identificarea tiparelor de atașament prevalente ale pacientului. Partea a V-a descrie în amănunt natura muncii terapeutice în domeniul nonverbal, precum și modalitățile în care putem încerca să cultivăm în noi și să trezim în pacienții noștri o poziție mult mai reflexivă și meditativă față de experiență.

Bowlby și dincolo de el

John Bowlby a fost, bineînțeles, părintele teoriei atașamentului. Contribuțiile sale timpurii au fost testate empiric și în cele din urmă elaborate de Mary Ainsworth. Relația lor intelectuală a fost una fructuoasă pentru amândoi, cu influențe mutuale, în care ideile lui Bowlby au asigurat impulsul inițial pentru cercetările lui Ainsworth, care, ulterior, au remodelat gândirea lui Bowlby — și mai departe, au aprins noi runde de cercetare și perfecționări ale teoriei. Colaborarea lor a dat naștere structurii fundamentale a teoriei atașamentului și a condus la explozia de cercetări empirice pe care această teorie le-a generat.

Concluziile lui Bowlby și Ainsworth au fost extinse prin lucrările lui Mary Main, care a schimbat focalizarea cercetării atașamentului de la copilărie la vârsta adultă și de la comportamentul nonverbal la reprezentarea mentală. La rândul ei, contribuția lui Mary Main i-a inspirat pe Peter Fonagy și pe colegii săi, care au identificat relațiile de atașament intersubiective drept context-cheie, în care capacitățile umane vitale de insight și empatie se pot dezvolta.

În relatarea poveștii cercetării bazate pe teoria atașamentului, partea I se concentrează pe acele descoperiri care au implicațiile cele mai directe și mai fertile pentru psihoterapie. Ca atare, această parte asigură fundamentul conceptual pentru capitolele viitoare concentrate în special pe clinică.

Bazele teoriei atașamentului

În timp ce Bowlby este de obicei descris ca fiind părintele teoriei atașamentului, sunt unii ca Inge Bretherton (1995) care afirmă că teoria este de fapt copilul a *doi* părinți, mama fiind Mary Ainsworth. Deși Ainsworth a afirmat în nenumărate rânduri că „Bowlby face teoria" (Karen, 1994, p. 434), cred că ea își minimaliza în mare măsură propria importanță. Când l-am întrebat pe fiul lui Bowlby despre cum vedea tatăl său rolul lui Ainsworth, Sir Richard Bowlby a răspuns că, din punctul de vedere al tatălui său,

> erau un duo dinamic. Nu mai poți spune cine a făcut teoria, la fel cum nu poți spune despre un grup de trepte că una aparține scării, iar următoarea, nu. Relația lor a fost o foarte lungă conversație. Fără Ainsworth, tatăl meu ar fi fost o umbră... (deși) fără tatăl meu, Ainsworth ar fi fost nimeni (R. Bowlby, comunicare personală, 2004).

John Bowlby: proximitate, protecție și separare

Contribuția centrală a lui Bowlby a fost să recunoască necesitatea evolutivă dictată biologic de atașament a copilului față de persoana care îl îngrijește. Bowlby a înțeles că natura primară a atașamentului ca sistem motivațional are rădăcini în nevoia absolută a copilului de a menține o proximitate fizică față de persoana care îl îngrijește, nu doar de a promova siguranța emoțională, ci și de a asigura supraviețuirea concretă a copilului. În condițiile de mediu la care au trebuit să se adapteze strămoșii noștri, o mulțime de prădători sau alte pericole mortale făceau extrem de

puţin probabilă supravieţuirea unui copil separat de figurile protectoare pentru mai mult de câteva minute şi cu atât mai puţin ore (Main, Hesse & Kaplan, 2005). Astfel, ceea ce Bowlby a denumit *sistemul comportamental de ataşament* era „proiectat" de evoluţie pentru a creşte probabilitatea succesului supravieţuirii şi reproducerii. Ca atare, sistemul de ataşament este o componentă a programării genetice umane, la fel cum sunt şi hrănirea şi reproducerea (Bowlby, 1969/1982).

Acest ansamblu de răspunsuri înnăscute, determinate instinctual, la pericol şi nesiguranţă, este evidenţiat în trei tipuri de comportament:

1. *Căutarea, monitorizarea şi încercarea de a menţine proximitatea faţă de o figură de ataşament protectoare* — sau una din ierarhia redusă de figuri de ataşament —, care este de obicei, dar nu întotdeauna, o rudă. Deşi ar părea firesc ca persoana cu care copilul este cel mai implicat în relaţionare (mama, tatăl sau altă persoană îngrijitoare) să fie în fruntea ierarhiei ataşamentului, acest loc al preferinţei pare să fie, de obicei, ocupat de mamă — indiferent de măsura în care copilul este implicat în relaţia cu ea.[1] Plânsul, agăţarea, chemarea şi târârea după figura (figurile) de ataşament fac toate parte integrantă din repertoriul adânc înrădăcinat biologic al copilului mic pentru stabilirea siguranţei date de proximitate.

2. *Folosirea figurii de ataşament ca „bază de siguranţă"* (în formularea lui Ainsworth) de la care poate porni în explorarea mediului înconjurător şi a experienţelor nefamiliare (Ainsworth, 1963). Gândiţi-vă, ca ilustrare a fenomenului de bază de siguranţă, la observaţiile bine cunoscute ale lui Margaret Mahler asupra copiilor mici şi a sugarilor care se aventurează pentru scurt timp departe de mamă, apoi revin la ea câteva momente pentru a se „încărca" înainte de a relua explorarea (Mahler, Pine & Bergman, 1975). Ceea ce Bowlby a numit *sistemul comportamental explorator* este strâns legat de sistemul de ataşament. Când figura de ataşament a copilului este disponibilă ca bază de siguranţă pentru protecţie şi susţinere atunci când este nevoie, copilul se simte în general liber să exploreze. Pe de altă parte, când figura de ataşament lipseşte temporar, explorarea se opreşte brusc.

3. *Refugierea la o figură de ataşament ca la un „sanctuar sigur" în situaţii de pericol sau momente de alarmă.* La fel ca alte primate cu adăpost pe pământ, dar diferiţi totuşi de multe alte specii, oamenii care se simt ameninţaţi nu caută siguranţă într-un *loc* (adăpost sau vizuină), ci mai degrabă în compania unei *persoane* privite ca fiind „mai puternică şi/sau mai înţeleaptă" (Bowlby, 1988, p. 121). Ameninţările interne şi externe ale supravieţuirii copilului mic, „indiciile naturale ale pericolului" (de exemplu întunericul, sunetele puternice sau mediul înconjurător nefamiliar) şi separarea propriu-zisă sau iminenţa separării de mamă, toate pot declanşa căutarea proximităţii, trăsătura esenţială a comportamentului de ataşament.

Dacă proximitatea fizică per se a fost „scopul stabilit" al ataşamentului când Bowlby a început să schiţeze teoria sa, de atunci viziunea a fost elaborată şi cizelată. Însuşi Bowlby a realizat că proximitatea fizică, crucială într-adevăr, este, de asemenea, un simbol al disponibilităţii confortante a persoanei de îngrijire. Din această perspectivă, obiectivul comportamentului de ataşament nu este doar obţinerea protecţiei în faţa unui pericol prezent, ci şi asigurarea că persoana care îl îngrijeşte este în continuare disponibilă. Dat fiind faptul că persoana care oferă îngrijire poate fi în acelaşi timp accesibilă fizic, dar emoţional absentă, Bowlby a definit „disponibilitatea" figurii de ataşament ca o problemă nu doar de accesibilitate, ci şi de responsivitate emoţională.

La această abordare lărgită a adăugat în cele din urmă dimensiunea internă specifică a ataşamentului, afirmând că modul în care copilul apreciază disponibilitatea persoanei de îngrijire este deosebit de important şi că acesta depinde în mare măsură, în prezent, de experienţele din trecut ale copilului în care persoana care îl îngrijeşte a fost disponibilă (Bowlby, 1973). În acelaşi context, Sroufe şi Waters (1977a) au afirmat că scopul sistemului de ataşament nu este în primul rând reglarea distanţei, ci mai degrabă „siguranţa resimţită" — o stare subiectivă care pivotează nu numai pe comportamentul persoanei de îngrijire, ci şi pe experienţa internă a copilului, incluzând propria dispoziţie a acestuia, starea fizică, închipuirile sale şi aşa mai departe.

1. Conform lui Bowlby, faptul că în mod preferenţial copiii caută proximitate faţă de mamă derivă din realitatea că ataşamentul este în principal în funcţie de disponibilitate. În mod interesant, Mary Main, citând studiile din Suedia, a subliniat faptul că şi atunci când mama nu lucrează acasă, iar tatăl este de facto părintele primar, mama este în continuare intens preferată. Main sugerează că această „descoperire surprinzătoare" poate fi explicată prin experienţa prenatală (cum ar fi expunerea intrauterină a fătului la vocea mamei şi preferinţa directă faţă de aceasta), care asigură mai mult sau mai puţin faptul că ea va deveni figura de ataşament primară chiar înainte de naşterea copilului (Main, 1999).

Rețineți că Bowlby inițial s-a concentrat pe comportamentul sugarilor și al copiilor mici, iar apoi a ajuns la concluzia că manifestările nevoilor dictate biologic de a se atașa sunt semnificative de-a lungul întregii vieți. Această idee este în mod sugestiv confirmată de statistici și de experiențele cotidiene. Datele statistice demonstrează că persoanele care au parteneri și/sau prieteni apropiați trăiesc mai mult decât cele care sunt izolate, așa cum datele din experiența universală confirmă că în momente de amenințare — gândiți-vă la 11 Septembrie 2001 — îi căutăm pe cei apropiați. Cu cât pericolul este mai mare, cu atât nevoia de conectare este mai puternică și nu de puține ori chiar literalmente de proximitate a contactului corporal. În mod evident, apropierea corporală, esențială pentru supraviețuirea sugarului, poate fi adesea resimțită ca o necesitate emoțională de copiii mai mari ca vârstă sau de adulți.

De-a lungul vieții suntem predispuși să monitorizăm elementele fizice și emoționale — accesibilitatea și responsivitatea — ale persoanelor de care suntem atașați. Astfel, odată ce siguranța resimțită este adăugată proximității ca scop stabilit, atașamentul trebuie văzut ca o nevoie umană permanentă, și nu ca o dependență tipică copilului pe care o depășește odată cu creșterea. Așa cum Bowlby (1980) spunea:

> Atașamentele intime față de alte ființe umane sunt pivotul în jurul căruia se învârte viața unei persoane, nu numai atunci când este sugar sau copil mic, ci și de-a lungul adolescenței și apoi în anii de maturitate, până la bătrânețe (p. 442).

Dar ce anume face posibile atașamentele securizante în prima copilărie și, din acest motiv, de-a lungul întregii vieți? Bowlby era profund nemulțumit de explicațiile psihanalitice din zilele sale — precum cele ale Melaniei Klein, care localiza originile dezvoltării sănătoase sau patologice exclusiv în fantasmele copilului, și nu în realitatea relațiilor formatoare ale copilului. Cu mai puțin de un an înainte de moartea sa în 1989, Bowlby și-a exprimat propria viziune într-un interviu cu Robert Karen (1994):

> Sunt de părere că evenimentele din viața reală — modul în care părinții își tratează copilul — sunt de o importanță crucială în determinarea dezvoltării, iar Melanie Klein nu acceptă nimic de acest fel. Ideea că relațiile interne reflectă relațiile externe lipsește total din gândirea sa (p. 46).

Bowlby a fost supervizat de Klein pe parcursul formării sale analitice. Lucrând cinci zile pe săptămână cu un băiat chinuit de anxietate, Bowlby a fost consternat când Klein i-a interzis să se întâlnească cu mama exagerat de anxioasă a micului pacient. Această consternare s-a transformat în oroare atunci când după trei luni mama copilului a fost spitalizată cu depresie și agitație și singura reacție a lui Klein a fost de enervare că acum nu mai are cine să-l aducă pe băiat la tratament:

> Faptul că această femeie amărâtă a suferit o cădere nu a prezentat nici-un interes clinic pentru ea... Acest lucru, sincer să fiu, m-a îngrozit. Din acel moment misiunea mea în viață a fost să demonstrez că experiențele din viața reală au un foarte mare efect asupra dezvoltării (p. 46).

Accentul pus de Bowlby pe *realitățile* modului în care suntem tratați de către cei care contează cel mai mult pentru noi a apărut doar parțial ca reacție la obiceiurile psihanalitice ale acelor vremuri. Mult mai importantă probabil a fost întâlnirea sa cu copiii aflați *in extremis* — în special copiii ale căror relații cu mamele lor au fost destrămate prin privare, separare sau pierdere. Lucrând ca psihiatru la sfârșitul anilor '30 la London's Child Guidance Center, Bowlby și-a petrecut aproape trei ani tratând și studiind băieți delincvenți; el a descris în amănunt impactul catastrofal al separărilor prelungite în copilăria timpurie în „Forty-Four Juvenile Thieves: Their Characters and Home-life" (1944). Ca urmare a acelei lucrări, World Health Organization (WHO) l-a însărcinat pe Bowlby în 1949 să realizeze o monografie despre soarta emoțională a copiilor rămași fără locuință după cel de-al Doilea Război Mondial (Bowlby, 1951). În sfârșit, ca director adjunct al departamentului de copii de la Tavistock Clinic, Bowlby a fost martor al devastării psihice care urma separării de părinți a copiilor din cauza spitalizării prelungite sau a instituționalizării.

Realitatea separării și a pierderii avea un impact catastrofal de netăgăduit asupra copiilor delincvenți, fără adăpost sau spitalizați pe care i-a observat. Bowlby (1969/1982) a descoperit că acest impact a jucat de obicei un rol în succesiunea răspunsurilor care reflectau lupta copilului de a face față realității dureroase. Reacția inițială la separarea traumatică a fost protestul, urmat de disperare care, în cele din urmă, a dat naștere detașării.

Deși studiile lui Bowlby despre separare și pierdere au avut o influență profundă asupra modului în care el abordează înțelegerea dezvoltării umane, este, de asemenea, adevărat că acest tip de traume a devenit principala preocupare a cercetărilor sale în special datorită faptului că puteau fi documentate empiric și cercetate științific (Bowlby, 1986; Bretherton, 1991). Pe de altă parte, în monografia WHO despre copiii afectați de mutările consecutive războiului Bowlby a făcut aluzie la efectele mult mai greu de investigat, dar la fel de corozive ale parentajului inadecvat cronic. În același raport el a speculat că pentru a face posibilă o dezvoltare sănătoasă „sugarul și copilul mic trebuie să trăiască o relație caldă, intimă și continuă cu mama (sau un substitut permanent al mamei) în care ambii să găsească satisfacție și mulțumire" (Bowlby, 1951, p. 13). Concluzia este următoarea: Bowlby știa că mult mai frecvente decât trauma separării și pierderii sunt interacțiunile permanente, cotidiene ale copiilor cu părinții lor, interacțiuni care modelează dezvoltarea psihică — dar îi lipseau instrumentele empirice pentru a le studia. La momentul potrivit, aceste interacțiuni obișnuite, dar extrem de greu de cercetat vor deveni principalul obiectiv al explorărilor colegei lui Bowlby, Mary Ainsworth.

Mary Ainsworth: atașament, comunicare și „situația străină"

Specialist în psihologia dezvoltării și cercetător la Universitatea din Toronto, Ainsworth era o diagnosticiană excepțională care, în cele din urmă, a fost și coautor la o lucrare alături de expertul în Rorschach al acelor zile Bruno Klopfer. După căsătorie, în 1950, Ainsworth s-a mutat împreună cu soțul în Londra, unde la sfârșitul anului a răspuns la un anunț de angajare dat de Bowlby în *Times* pentru un post de cercetător al impactului psihologic al separării de mamă în copilăria timpurie. Așa a început o colaborare cu influențe reciproce care a durat aproape 40 de ani pe parcursul căreia Ainsworth a preluat inițial sarcina de a testa empiric ipoteza lui Bowlby. Studiile sale — inițial în Uganda, apoi în Baltimore — au transformat cercetarea și teoria atașamentului.

În timp ce studiile ei au confirmat clar multe dintre ideile lui Bowlby, Ainsworth a avut, de asemenea, contribuții independente care s-au dovedit deosebit de importante pentru evoluția conceptului de atașament. Cel mai important este probabil faptul că a descoperit că sistemul de atașament înnăscut, determinat biologic este, de fapt, *maleabil* — și că diferențele calitative ale comportamentului de atașament al indivizilor depind de comportamentele diferite ale persoanelor care îngrijesc copiii (Grossman, 1995). Această descoperire a condus la clasificarea tipurilor de atașament din copilărie și din perioada maturității, care este partea centrală adusă psihoterapiei de teoria atașamentului.

Ainsworth, de asemenea, a identificat într-un mod preliminar tipurile de interacțiuni părinte–copil care produc, pe de-o parte, cel mai probabil un atașament securizant și, pe de altă parte, atașament nesecurizant. Ea și-a dat seama că *tiparele de comunicare* dintre copil și persoana de îngrijit reprezintă cheia siguranței sau a nesiguranței.

Mai mult, Ainsworth este responsabilă pentru conceptul de „bază de siguranță" și are un rol pivotant în abordarea atașamentului dincolo de concentrarea exclusivă pe proximitate, astfel încât să includă influența *așteptărilor* copilului în raport cu persoana care îl îngrijește — așteptări care, în final, se aglutinează în hărți mentale sau reprezentări pe care Bowlby le-a numit „modele de lucru interne". În sfârșit, este contribuția — care îi poartă și numele — care a devenit practic sinonimă cu studiul atașamentului: „Situația străină Ainsworth". Pentru prima oară inventată și realizată în Baltimore în 1964, această metodă de laborator pentru studierea relațiilor copil-părinte a declanșat explozia de cercetări care a făcut ca teoria atașamentului să fie paradigma dominantă în psihologia contemporană a dezvoltării.

Ainsworth în Uganda

Aventura cercetării care a culminat cu „situația străină" a început mai devreme cu 10 ani, când Ainsworth s-a mutat din nou, împreună cu soțul el, de data aceasta în Uganda. La fel ca și Bowlby, cu care cercetase impactul separării traumatice timp de trei ani și jumătate, Ainsworth era convinsă că studiul „dezvoltării greșite" era inadecvat ca bază pentru înțelegerea dezvoltării normale a atașamentului (Marvin & Britner, 1999). De aceea, imediat după stabilirea în Kampala ea a lansat primul studiu longitudinal în mediul natural al bebelușilor în interacțiune cu mamele lor. Timp de nouă luni, Ainsworth a observat 26 de familii cu bebeluși care nu fuseseră încă înțărcați. Vizitând fiecare familie timp de două ore la

fiecare două săptămâni, ea a cules date care începeau să răspundă întrebărilor fundamentale despre ontogeneza atașamentului: ce anume caracterizează „gestația" unei legături de atașament și ce anume semnalizează „nașterea" sa? Ce anume promovează atașamentul securizant și ce îl împiedică?

Datele (Ainsworth, 1967) sugerează că atașamentul se dezvoltă în etape, lipsa inițială a copilului de a diferenția între mamă și alte persoane fiind înlocuită de o preferință clară a acestuia pentru ea — între șase și nouă luni —, ceea ce se cristalizează într-o legătură puternică. Cristalizarea adecvată a atașamentului este reflectată (printre alte comportamente) în fuga copilului la mamă atunci când se află în distres sau este alarmat, folosirea acesteia ca bază de siguranță pentru explorare și apropierea activă față de aceasta după reîntâlnire. Documentarea făcută de Ainsworth despre traiectoria dezvoltării comună tuturor copiilor oferă un suport clar empiric teoriei lui Bowlby. Totuși, diferențele dintre acești copii (mai mult decât asemănările) au fost cele care au intrigat-o cel mai mult.

În timp ce majoritatea copiilor au fost fără îndoială atașați, câțiva dintre aceștia nu au putut fi liniștiți de către mamele lor și în mare parte au eșuat în explorare, în timp ce alți câțiva nu au prezentat practic nicio urmă de atașament. Ainsworth a considerat că aceste variații neașteptate reflectă diferențele naturii îngrijirilor parentale primite de fiecare copil. În timp ce era probabil ca bebelușii care au primit cea mai multă atenție și grijă din partea mamelor lor să fie siguri, au existat și excepții surprinzătoare, care au condus la concluzia că nu cantitatea este cea care contează, ci mai degrabă *calitatea*. Pe baza interviurilor cu mamele, ea a încercat să concluzioneze că sensibilitatea mamelor la semnalele copiilor este de o importanță capitală. De asemenea, a găsit o corelație pozitivă între siguranța dată de atașamentul bebelușului și plăcerea resimțită de mamă în alăptarea acestuia (Bretherton, 1995; Marvin & Britner, 1999). Ultimele descoperiri au susținut ipotezele inițiale ale lui Bowlby (Bowlby, 1951) că dezvoltarea sănătoasă se sprijină pe plăcerea *ambelor* părți implicate în relația de atașament. Deși Ainsworth nu a putut în cele din urmă să specifice care tipuri de comportamente materne contribuie la dezvoltarea unui atașament securizant și care nu, identificarea legăturii posibile dintre acordarea maternă și atașament a sugerat ceea ce avea să descopere opt ani mai târziu în Baltimore după replicarea, cu perfecționări semnificative, a studiului pe care l-a făcut în Uganda.

„Situația străină"

În 1963, Ainsworth a înregistrat 26 de femei însărcinate pentru participarea la un studiu la domiciliu asupra dezvoltării timpurii. După nașterea copiilor, interacțiunile acestora cu mamele lor au fost meticulos documentate pe parcursul unui an. Pe parcursul a 18 vizite de câte 4 ore la fiecare familie, Ainsworth și echipa sa au cules date care au demonstrat o suprapunere aproape perfectă între comportamentele de atașament din Baltimore și cele observate inițial în Uganda. Această corelație cros-culturală a susținut presupunerea lui Bowlby că atașamentul este o nevoie instinctuală universală. Totuși, Ainsworth era conștientă de o diferență curioasă și provocatoare între cele două grupuri: în timp ce copiii din Uganda afișau acasă în mod vădit un comportament de bază de siguranță, cei din cohorta din Baltimore nu prezentau acest aspect.

Pentru Ainsworth, fenomenul de bază de siguranță era central, prezența sa semnificând siguranța, care era reflectată în capacitatea echilibrată de explorare și atașament. În Uganda, explorarea se realiza în prezența figurii de atașament și se termina brusc la apariția distresului plecării acesteia. În Baltimore, pe de altă parte, explorarea părea să continue indiferent dacă figura de atașament era prezentă sau nu.[2] Pentru a determina dacă comportamentul de bază de siguranță este, de fapt, o componentă genetică așa cum propunea Bowlby, Ainsworth a conceput (împreună cu Barbara Witting) o procedură inițial controversată care evita problema familiarității, punându-i pe copiii din Baltimore într-o „situație străină" (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978).

În această evaluare structurată de laborator durând în medie 20 de minute, mamele și copiii lor — acum în vârstă de 12 luni — erau invitați într-o încăpere plăcută, plină de jucării. Ceea ce urma în episoade de câte trei minute includea oportunități pentru copii de a explora, în prezența mamei, două separări de mamă, două reuniri cu mama și expunerea copilului la o persoană străină (întotdeauna o persoană calificată în supravegherea

2. Ainsworth a avut o tentativă de a explica această diferență făcând observația că bebelușii americani — spre marea deosebire de omologii lor ugandezi — erau toți obișnuiți cu venirile și plecările mamelor. Dar ea nu credea că comportamentul de bază de siguranță — teoretic o constantă biologică universală — va fi total absent la copiii din Baltimore, deși nu a putut fi clar evidențiat în mediul familiar al căminului.

copiilor mici). Se aștepta ca această combinație neliniștitoare dintre un mediu nefamiliar, separare și o persoană străină să declanșeze manifestări predictabile, fundamentate biologic ale sistemului comportamental de atașament. Ainsworth prevedea că, folosind mama ca bază de siguranță, copiii care au fost desemnați ca siguri în mediul de acasă se vor juca în prezența mamei, vor trăi distres la plecarea acesteia și vor fi suficient de liniștiți de întoarcerea ei pentru a continua să exploreze jucându-se. De asemenea, Ainsworth se aștepta ca în cazul copiilor care au fost desemnați nesiguri în mediul de acasă să apară o mare supărare în perioadele de separare. Totuși, comportamentul în situația străină al unor copii a luat-o prin surprindere pe Ainsworth.

Majoritatea bebelușilor din Baltimore — care s-au dovedit a fi cei considerați „siguri" ca urmare a observațiilor de un an de la domiciliu — au răspuns conform predicțiilor făcute, demonstrând o capacitate flexibilă atât de a explora liberi, cât și de a fi consolați prin contact. Ceea ce Ainsworth nu a putut anticipa și inițial nu a putut înțelege este o minoritate substanțială dintre copii care păreau să fi sacrificat complet legătura în favoarea explorării. Pentru că ei au explorat pe durata întregului experiment și chiar au evitat mama după reîntâlnire, acești copii au fost descriși ca „evitanți". Pe de altă parte, o mai mică parte dintre copii au renunțat complet la explorare în favoarea legăturii. Pentru că aceștia au rămas în permanență preocupați de localizarea mamei, dar și furioși sau neconsolați în mod pasiv după reîntâlnire, au fost denumiți „ambivalenți" (sau „rezistenți").

Fără îndoială, cea mai mare contribuție a lui Ainsworth la teoria atașamentului a fost stabilirea prin intermediul situației străine a trei tipare distincte de atașament, fiecare asociat unui tipar corespunzător, diferit, de interacțiune mamă–copil la domiciliu. Pentru că atât clasificarea copiilor, cât și cea a tipurilor de interacțiuni care par să le producă sunt extrem de relevante pentru practica din domeniul clinic, este important să le recapitulăm în detaliu.

Clasificarea atașamentului în copilăria mică

Atașamentul securizant

Bebelușii siguri au acces în mod egal la impulsurile lor de explorare atunci când se simt în siguranță și la consolare prin contact atunci când nu se simt în siguranță. Ainsworth a concluzionat că mai degrabă răspunsul copilului la reunire, decât la separare, este cel care dezvăluie cel mai mult despre securitatea sau insecuritatea atașamentului. Copiii siguri — oricât de tulburați de separare — erau aproape imediat liniștiți după reîntâlnirea cu mama și reluau joaca.

Acest tip de flexibilitate și reziliență pare a fi moștenirea interacțiunilor cu o mamă senzitivă, care a fost responsivă la semnalele și comunicările bebelușului său. De obicei, mamele cu copii siguri i-au luat în brațe repede atunci când plângeau și i-au ținut cu grijă și atenție — dar numai atât cât aceștia au vrut să fie ținuți în brațe. Aceste mame par să împletească ușor propriul lor ritm cu cel al bebelușilor lor, în loc să le impună acestora propriul ritm sau plan. Într-o manieră care s-a dovedit „suficient de bună" (după expresia lui Winnicott), comportamentul acestor mame tinde să reflecte senzitivitate, și nu lipsă de implicare, acceptare, și nu respingere, cooperare, nu control și disponibilitate emoțională în loc de distanțare (Ainsworth și colab., 1978).

Atașamentul evitant

Bebelușii evitanți par a fi în mod special blazați, dat fiind faptul că metoda situației străine îi expune unui mediu în mod intrinsec alarmant. În permanentă explorare, dar în mod vădit neinfluențați de plecarea sau reîntoarcerea mamei, aparenta lipsă a distresului poate fi cu ușurință interpretată greșit ca o stare de calm. De fapt, pulsul lor pe durata episoadelor de separare este la fel de crescut ca al celor care sunt siguri și se află în distres, în timp ce creșterea nivelului de cortizol, pre și postexpunere, este în mod semnificativ mai mare decât cea a copiilor siguri (Sroufe & Waters, 1977b; Spangler & Grossmann, 1993).

Ainsworth credea că indiferența superficială a copilului evitant — la fel ca absența efectivă a comportamentului de atașament — reflectă o acomodare defensivă asemănătoare cu detașarea observată de Bowlby la copiii de doi sau trei ani care au suferit o separare prelungită de părinții lor. Era ca și cum acești copii evitanți, precum copiii mai mari traumatizați de separare sau pierdere, au ajuns la concluzia că deschiderea lor către confort sau îngrijire nu ar fi de niciun folos — așa că au renunțat.

Probabil că, așa cum se aștepta, Ainsworth a descoperit că mamele copiilor considerați evitanți au refuzat activ ofertele acestora de apropiere

(Ainsworth și colab., 1978), în timp ce alți cercetători au observat ulterior că astfel de mame se retrăgeau atunci când copiii lor păreau triști. Inhibarea exprimării emoționale, aversiunea față de contactul fizic și bruscarea atunci când acesta avea loc sunt toate semne ale maternajului care formează copii mici evitanți, care în general erau molatici atunci când erau ținuți în brațe, în loc să fie jucăuși și afectuoși sau să se agațe de mamă (Main & Weston, 1982).

Atașamentul ambivalent

Cercetările lui Ainsworth au identificat două tipuri de copii ambivalenți: cei care erau furioși și cei care erau pasivi. Ambele categorii erau prea preocupate de locul în care se află mamele pentru a mai putea explora liber și ambele au reacționat la plecarea mamelor cu distres copleșitor — așa de mult că frecvent episoadele de separare au trebuit să fie întrerupte. După reîntâlnire, copiii clasificați drept furioși au oscilat între o deschidere activă față de conexiunea cu mama și exprimări ale respingerii — de la îndepărtarea din îmbrățișarea mamei până la adevărate accese de furie. Pe de altă parte, copiii considerați pasivi au părut capabili doar de slăbiciune sau cereri implicite de consolare, ca și cum ar fi fost prea copleșiți de neajutorarea și nefericirea lor pentru a aborda mama direct. Din nefericire, reîntâlnirile nu au putut nici să amelioreze distresul copiilor ambivalenți, nici să oprească preocuparea acestora pentru locul în care se află mama. Era ca și cum — chiar și în prezența ei — acești copii căutau o mamă care nu era acolo.

Ainsworth a descoperit că acești bebeluși ambivalenți aveau mame care erau în cel mai bun caz disponibile ocazional și imprevizibil. Cum aceste mame nu îi respingeau nici verbal, nici fizic (așa cum făceau mamele copiilor evitanți), responsivitatea lor la semnalele copiilor era la fel de insensibilă.[3] În sfârșit, mamele bebelușilor ambivalenți păreau să le descurajeze autonomia în mod subtil sau mai puțin subtil — ceea ce probabil parțial explică inhibiția explorării, caracteristică acestor copii mici (Ainsworth și colab., 1978).

3. Ele au fost incapabile să manevreze copilul în 41% din momentele în care l-au luat în brațe observate de Ainsworth și au fost „tandre și atente" în doar 2% dintre momente — în contrast evident cu mamele copiilor siguri care au fost „tandre și atente" în 53% dintre cazuri și doar ocazional incapabile (Ainsworth și colab., citat de Main, 1995).

Comunicarea este cheia

Încercând să facă diferența dintre siguranță și diferite tipuri de nesiguranță, Ainsworth a descoperit că în relația de atașament *calitatea comunicării* dintre copil și persoana care îl îngrijește are importanța cea mai mare.

În diadele securizante, copilul își exprimă clar nevoia de confort după separare, ușurarea de a fi consolat în timpul reunirii și ulterior este pregătit să reia joaca. Mama descifrează cu acuratețe indiciile sale nonverbale (apropierea în lacrimi cu brațele ridicate, lipirea de corpul său atunci când este ținut în brațe, eventual neastâmpărul lui) și îi răspunde în consecință (ridicându-l în brațe, ținându-l în brațe cu tandrețe și apoi lăsându-l să se joace). Această secvență reflectă un tip de comunicare acordată care a fost descrisă ca fiind *colaborativă și contingentă*. O parte semnalizează, în timp ce cealaltă răspunde cu un comportament care spune îmi dau seama de ceea ce simți și îți răspund cu ceea ce ai nevoie.

În diadele nesecurizante, comunicarea are o calitate foarte diferită. După separare, copiii evitanți nu reușesc să-și exprime distresul marcat, evidențiat indirect de pulsul ridicat și niveluri de cortizol ridicate. În același fel, după reunirea cu mama, nu reușesc să-și exprime nevoia de a fi consolați. Pe scurt, copiii evitanți inhibă practic orice formă de comunicare care ar propune o legătură: ei nu exprimă nicio dorință de proximitate și par să fie surzi la orice fel de deschidere afectivă a mamei.

Situația aproape inversă apare la copiii ambivalenți, care par să amplifice exprimarea atașamentului. Practic de la începutul experimentului lui Ainsworth, acești copii și-au exprimat preocuparea lor îngrijorătoare cu disponibilitatea mamei. Distresul lor după separare a fost extrem de sever și alinarea după reunire, neglijabilă. Comunicarea nevoilor de atașament ale copiilor ambivalenți pare să persiste la un nivel ridicat în ciuda prezenței mamei (Ainsworth, 1969; Main, 1990, 1995; Slade, 1999).

Ainsworth a ajuns să înțeleagă diferitele tipare de comunicare din situația străină ca reflectări ale nevoii copiilor de a forma cel mai bun atașament posibil cu părinții care prezintă rezistențe și vulnerabilități specifice. „Doar conectați-vă!" scria Forster, dar pentru a se conecta — a se atașa — copiii trebuie să se adapteze la caracterul persoanelor care îi îngrijesc. Acasă, s-a observat că mamele cu copii siguri erau sensibile și responsive la semnalele copiilor, comportamentul lor era dependent de

copilul lor — atitudine pe care Mary Main o va interpreta ca dovadă a „acordajului timpuriu" (Main, 1995, p. 417). Astfel, are sens faptul că acești copii siguri își exprimă în mod direct sentimentele și nevoile — presupunând că această comunicare va declanșa un răspuns acordat.

S-a observat că, atunci când erau acasă, mamele copiilor evitanți respingeau comportamentul de atașament: erau indisponibile din punct de vedere emoțional, incomodate de contactul fizic și aveau tendința de a se retrage atunci când copiii lor erau triști. Nu de puține ori, copiii reacționau cu furie la respingerea mamei. Pentru acești copii, inhibarea comunicării nevoilor de atașament a fost o metodă de adaptare — atât pentru a evita să fie respinși, cât și pentru a evita furia care amenința să îndepărteze mama atunci când nevoile copilului erau frustrate.

S-a observat că mamele copiilor ambivalenți erau inconsecvent responsive la semnalele acestora și disponibile emoțional într-un mod imprevizibil. Această imprevizibilitate pare să fie rezultatul propriilor stări mentale ale mamelor care invadează exagerat de mult capacitatea lor de a fi pe aceeași lungime de undă cu copiii lor (Siegel, 1999). Dată fiind această responsivitate imprevizibilă din partea mamelor lor, pentru copiii ambivalenți este adaptativ să își comunice nevoile de atașament într-o manieră persistentă și de neconfundat — ca și când dacă mențin o presiune, aceasta își menține grija față de ei.

Atașamentul dezorganizat

Cercetarea lui Ainsworth — și, fără nicio îndoială, punctele ei forte ca persoană și profesor în același timp — s-a dovedit a fi fascinantă pentru mulți studenți extraordinar de talentați care au ales să lucreze împreună cu ea, printre care Inge Bretherton, Jude Cassidy, Alicia Lieberman, Everett Waters și în special Mary Main. Contribuțiile lui Main la teoria și cercetarea atașamentului vor fi prezentate în capitolul 3; este suficient să spunem că sunt monumentale. În contextul prezentării de ansamblu făcute celor trei categorii originale de atașament „organizat", descoperirea lui Main, aproape la 20 de ani după munca de pionierat făcută de Ainsworth, a unui model inițial neidentificat: — atașamentul dezorganizat/dezorientat — este crucială.

Main și fosta sa studentă Judith Solomon, în timp ce revedeau cu meticulozitate 200 de casete video cu copiii al căror comportament la situația străină nu se potrivea în niciuna dintre categoriile tradiționale, au descoperit că 90% dintre aceștia manifestau răspunsuri în prezența părintelui care erau inexplicabile, contradictorii sau bizare. După reunire, de exemplu, s-au retras către mamă, au înghețat pe loc, s-au prăbușit pe podea sau păreau să cadă într-o stare de stupefacție asemănătoare unei transe. Unul dintre copii, la vederea mamei și-a acoperit gura cu mâna — un gest pe care Darwin l-a văzut la primate și l-a interpretat ca un țipăt înăbușit (Hesse, 1999). Atașamentul dezorganizat nu a fost identificat atât de mult timp deoarece comportamente ca acestea (care de obicei nu durează mai mult de 10 până la 30 de secunde) doar au punctat întregul curs al comportamentului copilului în situația străină (Main & Solomon, 1990). Din același motiv, fiecărui copil clasificat ca dezorganizat i s-a dat și o clasificare alternativă, care descrie cel mai bine întregul comportament din situația străină ca sigur, evitant sau ambivalent.

Main a presupus că atașamentul dezorganizat apare atunci când figura de atașament este trăită simultan atât ca „sanctuar sigur", cât și ca sursă de pericol. Asta se întâmplă atunci când copilul — pre-programat să se întoarcă la părinte în momentele de alarmă — este prins între impulsuri contradictorii de a se apropia și de a evita. Este o poziție imposibil de menținut, din care dependența copilului de părinte nu își permite nicio ieșire. Nu este de mirare atunci că rezultatul acestui „paradox biologic" teribil este dezorganizarea și/sau dezorientarea.

De exemplu, într-un studiu realizat cu copii care au fost maltratați de părinții lor, 82% au fost clasificați ca dezorganizați, față de 18% din grupul de control (Carlson și colab., 1989). Mai mult, copiii dezorganizați au fost în mod disproporționat reprezentați în loturile cu risc înalt, care cuprindeau familii împovărate de factori stresori dați de sărăcie, afecțiuni psihiatrice, consum de substanțe și altele de acest fel. În mod surprinzător totuși, dezorganizarea a fost de asemenea întâlnită printre copiii mici care nu au fost maltratați sau care nu aparțineau unui lot cu risc înalt.

Încercând să înțeleagă această problemă, Main a propus ipoteza că dezorganizarea copilului este nu numai rezultatul interacțiunilor cu părinții a căror furie sau abuz sunt în mod evident *înfricoșătoare*, ci și al interacțiunilor în care copilul resimte părintele ca *înfricoșător*. Astfel, dezorganizarea poate apărea atunci când frica de părinte pare să apară ca răspuns la

copil și când părintele reacționează cu retragere fizică sau cu retragerea într-o stare de transă. În concluzie, Main propune ca atașamentul dezorganizat să fie înțeles ca rezultat al interacțiunilor copilului cu părinți care sunt înfricoșători, speriați sau disociați. În opoziție cu strategiile organizate ale copiilor siguri, evitanți sau ambivalenți, atașamentul dezorganizat trebuie văzut ca o reflectare a unui *colaps* de strategie din partea unui copil care trăiește „frica fără nicio soluție" (Main & Hesse, 1992).

Efectele pe termen lung ale tiparelor de atașament ale copilului mic

Urmând exemplul cercetării de bază a lui Ainsworth (cercetare care a fost de atunci duplicată de mai multe ori), o mulțime de studii de urmărire au încercat să arate că tiparele de atașament din copilăria mică au efecte pe termen lung. Istoriile de atașament securizant, evitant, ambivalent sau dezorganizat au fost asociate, cu rezultate ulterioare în copilărie, adolescență și vârsta adultă.

Copiii cu istoric de atașament securizant au prezentat în mod considerabil mai multă stimă de sine, sănătate emoțională și reziliență a eului, afect pozitiv, inițiativă, competență socială și concentrare în joc decât copiii nesiguri. La școală, copiii siguri în copilăria mică sunt tratați cu căldură și adecvat vârstei lor de către profesori, pe când cei evitanți (adesea văzuți ca retrași, aroganți sau în opoziție) tind să scoată la iveală răspunsuri furioase de control, iar cei ambivalenți (adesea văzuți ca adezivi și imaturi) tind să fie răsfățați sau infantilizați. Copiii evitanți se pare că frecvent îi victimizează pe alții, în timp ce copiii ambivalenți sunt adesea victimizați de alții; copiii siguri nu sunt nici victime, nici victimizatori (Sroufe, 1983; Elicker, Englund & Sroufe, 1992; Weinfeld, Sroufe, Egeland & Carlson, 1999).

În ceea ce privește dezvoltarea ulterioară, atașamentul securizant pare să confere o măsură a rezilienței celor favorizați astfel timpuriu în viață. Pe de altă parte, atașamentul dezorganizat în copilăria mică s-a dovedit a fi un factor de risc semnificativ pentru psihopatologia de după copilărie. Pacienții borderline, de exemplu, adesea au istoric de atașament dezorganizat (Dozier, Chase, Stoval & Albus, 1999; Schore, 2002; Fonagy și colab., 2002). Strategiile organizate ale atașamentului nesecurizant sunt, de asemenea, un factor de risc, dar mult mai redus. Atașamentul evitant a fost în mod sugestiv legat de problemele obsesionale, narcisistice și schizoide, iar atașamentul ambivalent de dificultățile isterice sau histrionice (Schore, 2002; Slade, 1999).

Cum vor fi înțelese aceste descoperiri rămâne încă o întrebare deschisă. Impactul primelor relații poate dura, pentru că tiparele originale de comportament, comunicare și reglare a afectului sunt pur și simplu menținute și întărite prin relația continuă a copilului cu aceiași părinți care au ajutat la formarea acestor tipare de la început. Pe de altă parte, este probabil ca modelele de atașament pe care Ainsworth le-a codificat prin intermediul situației străine să fie internalizate ca tipare structurate la nivelul minții.

Cu alte cuvinte, ceea ce a început ca interacțiuni dictate biologic se poate înregistra psihic ca reprezentări mentale care continuă de-a lungul vieții să modeleze comportamentul și experiențele subiective, chiar dacă figurile de atașament originale sunt sau nu sunt fizic prezente. În timp ce Ainsworth a studiat comportamentul de atașament în copilăria mică, a rămas pentru cea mai bună elevă a sa, Mary Main, datoria de a clarifica modul prin care experiențele timpurii de atașament sunt codate în minte și conservate ca influențe pentru viitoarele relații — cu sine sau cu alții — ale copilului mare și apoi ale adultului.

Mary Main

Reprezentările mentale, metacogniția și interviul de atașament al adultului

La scurt timp după mutarea în Berkeley la University of California la mijlocul anilor '70, Mary Main a inițiat un studiu longitudinal ambițios asupra atașamentului, care avea ca scop urmărirea unui grup de familii de clasă mijlocie pe măsură ce bebelușii lor creșteau, pe parcursul copilăriei, adolescenței și mai departe. Partea de început a proiectului presupunea ca fiecare copil să participe la două tipuri de situații străine — una cu mama, cealaltă cu tatăl. După cinci ani, Main a început să implementeze a doua etapă a studiului, cu evaluări înregistrate video ale membrilor din 40 de familii (Main, Kaplan & Cassidy, 1985). Această cercetare, extraordinar de inventivă ca structură, a lansat ceea ce a fost denumit apoi „a doua revoluție în studiile despre atașament" (Karen, 1994, p. 216).

Prima a fost atunci când inventarea situației străine a dat cercetătorilor o metodă de laborator care producea în 20 de minute aceeași evaluare a siguranței copilului ca observațiile făcute acasă timp de 72 de ore de către echipa lui Ainsworth. Amintiți-vă că obiectivul cercetării de bază a lui Ainsworth a fost *comportamentul*. Așa cum spunea Main, evaluarea în situația străină derivă din observarea „organizării mișcărilor fizice ale corpului copilului ținând cont de cele ale părintelui" (Main și colab., 1985, p. 93).

În schimb, studiul lui Main pe copiii în vârstă de șase ani și părinții lor a mutat atenția de la lumea externă a interacțiunilor interpersonale la lumea internă a *reprezentărilor mentale*. Cercetarea sa era menită să investigheze relațiile de obiect internalizate (pentru a folosi denumirea psihanalitică) care rezumă istoricul de atașament al individului într-o rețea complexă de amintiri, emoții și credințe, care, la rândul lor, modelează comportamentul de atașament din prezent și din viitor.

Pentru a pune aceste evoluții în context, țineți seama că Bowlby a avut două contribuții extraordinare: în primul rând, a identificat atașamentul ca un sistem comportamental/motivațional absolut fundamental, cu baze biologice, distinct; în al doilea rând, el a formulat teoria că diferențele individuale de funcționare ale sistemului de atașament sunt legate în mod inextricabil de „modelele de lucru interne" ale individului despre sine și ceilalți (Bretherton, 1985). Ceea ce a făcut cercetarea lui Ainsworth pentru prima contribuție a lui Bowlby va face și cercetarea lui Main pentru cea de-a doua: la fel cum situația străină a ajutat cercetătorii să efectueze explorări empirice asupra comportamentului de atașament, inovațiile lui Main au făcut posibil studiul empiric al modelului de lucru intern. Așa cum situația străină în 1964 a deschis o fereastră spre relațiile de atașament din copilăria mică, interviul de atașament al adultului — cea mai importantă contribuție metodologică a lui Main — a permis cercetătorilor, două decenii mai târziu, să înceapă să exploreze lumea internă a atașamentului în adolescența târzie și dincolo de aceasta. Dar pentru a putea să apreciem în totalitate semnificația inovațiilor lui Main și a descoperirilor la care acestea au condus, mai întâi trebuie să ne întoarcem la eforturile de pionierat ale lui Bowlby de a înțelege lumea internă.

Bowlby și modelul intern de lucru

Bowlby era nemulțumit, bineînțeles, de teoria psihanalitică de atunci despre lumea internă a reprezentărilor mentale. În mod special el s-a îndepărtat de concepția kleiniană conform căreia relațiile de obiect internalizate și „fantasmele" apar din interiorul copilului, și nu — așa cum credea el — în interacțiunile efective ale copilului cu persoane reale. Se opunea, de asemenea, să descrie lumea reprezentațională dinamică și în evoluție, prin metafore statice ca „imagini" sau „hărți". A fost în schimb atras de teoria „modelului intern de lucru" propusă de Kenneth Craik, un inovator al ultimelor tendințe în ceea ce urma să fie denumită inteligență artificială (Bretherton & Munholland, 1999):

> Dacă organismul posedă la nivelul minții un „model la scală mică" al realității externe și al propriilor acțiuni posibile, el este capabil să încerce alternative diverse, să concluzioneze care este mai bună dintre ele, să reacționeze la situațiile viitoare înainte ca ele să apară, să folosească cunoștințele din evenimentele trecute pentru a face față situațiilor din prezent și viitor și pe cât posibil să reacționeze într-o manieră cât mai completă, cât mai sigură și cât mai competentă la urgențele cărora trebuie să le facă față (Craik, 1943, p. 61).

Bowlby a fost, de asemenea, influențat de psihologul cognitivist Jean Piaget, care susținea că acțiunile copilului în relație cu obiectele (apucarea, sugerea sau lovirea lor) au ca rezultat atât cunoștințe despre lumea fizică, precum și despre impactul copilului asupra ei — cunoaștere care se înregistrează la nivel intern sub formă de „scheme". În același mod, Bowlby susținea că interacțiunile repetate ale copilului cu persoanele care îl îngrijesc au ca rezultat cunoașterea lumii interpersonale, care se înregistrează la nivel intern ca model de lucru:

> În modelul de lucru al lumii pe care fiecare îl construiește un element–cheie este noțiunea de figuri de atașament: cine sunt, unde pot fi găsite și cum este de așteptat ca acestea să răspundă. În același fel, în modelul de lucru al sinelui pe care fiecare îl construiește un element–cheie este noțiunea de cât de acceptabil sau inacceptabil este fiecare în ochii figurilor sale de atașament. Pe structura acestor modele complementare se bazează previziunile acelei persoane despre cât de accesibile sau responsive vor fi figurile sale de atașament (Bowlby, 1973, p. 203).

Bowlby a presupus că încă din copilăria timpurie modelele de lucru ale atașamentului îi permit individului să recunoască tipare de interacțiune cu persoana care îl îngrijește, tipare care au apărut și în trecut în mod repetat și care îl fac să „știe" ce va face în continuare persoana de îngrijit. Deoarece modelul de lucru influențează atât așteptările, cât și comportamentul care rezultă din acestea, el poate „modela" interacțiunile, dar poate fi, la rândul lui, modelat de către acestea.

Cele mai funcționale modele de atașament sunt cu adevărat modelele „de lucru": ele au o calitate provizorie care le predispune la modificare pe baza noilor experiențe. Probabil asta explică impresia clinică că pacienții „cei mai sănătoși" sunt cei mai capabili să folosească terapia pentru a se schimba. Dimpotrivă, modelele de atașament nesecurizant tind să fie mai rigide și mai puțin deschise, deci constrânse să potrivească experiențe noi la așteptări vechi. De exemplu, un pacient evitant care se așteaptă la respingere poate interpreta acceptarea terapeutului ca un rezultat al faptului că acesta este plătit.

Pe de altă parte, Bowlby credea că modelele interne de lucru au potențialul de a fi „actualizate" ca urmare a relațiilor noi, modificate sau chiar datorită conștientizării amplificate. Totuși, el a observat că aceste modele adesea rezistă revizuirii — în parte pentru că ele funcționează frecvent în afara conștientizării și în parte datorită mecanismelor de apărare autoprotectoare (dacă sunt contrare propriilor interese).

Cât de stabile sunt de fapt aceste modele de atașament? Care este structura lor? Cum iau ele de fapt naștere în copilăria mică și după aceea? Ce anume diferențiază modelele sigure de cele nesigure? Răspunsuri provizorii pot fi găsite în această teorie, dar întrebări ca acestea nu au fost niciodată testate empiric — până la cercetările lui Mary Main. Descoperirile ei se vor cristaliza în curând într-o elaborare majoră a teoriei lui Bowlby despre modelul intern de lucru.

Reconceptualizarea modelului intern de lucru

Luând ca punct de plecare truismul conform căruia „procesele reprezentaționale nu pot fi observate în mod direct" (Main și colab., 1985, p. 78), este meritul de geniu al lui Main de a inventa o metodologie de cercetare pentru a putea „vedea" ceea ce până acum fusese invizibil. Așa cum arheologii pot să vizualizeze civilizațiile de mult apuse pe baza vestigiilor dezgropate, Main a putut — pe baza așa–numitelor „vestigii reprezentaționale" — să vizualizeze lumea internă a copiilor și a părinților lor pe care studiul longitudinal îi urmărea (Main, 1991, p. 130).

Căutarea acestor vestigii reprezentaționale amintea în parte de lingvistică (care a fost prima ei iubire {Karen, 1994}), precum și de testele proiective care au deschis pentru Ainsworth o fereastră spre psihicul uman cu câțiva ani înainte să-l cunoască pe Bowlby. Main considera că modelul de lucru al atașamentului unui individ va fi dezvăluit de tipare caracteristice

de vorbire, discurs, imaginație și, desigur, comportament, și astfel ea și-a structurat cercetarea pe această direcție.

Influența cea mai mare asupra studiilor de atașament viitoare a fost inventarea unui protocol „înșelător de ușor", slab structurat — denumit Interviul de Atașament al Adultului (IAA) —, care le cerea părinților din studiu să-și amintească și să reflecteze asupra istoricului relațiilor lor cu propriii părinți, inclusiv experiențele de pierdere, respingere și separare (Slade, 2000, p. 1152; George, Kaplan & Main, 1984, 1985, 1996). Inițial creat, după spusele lui Main, să „surprindă inconștientul", IAA poate fi văzut ca „amorsând" sistemul de atașament. Astfel, acest interviu semiclinic s-a dovedit a fi un instrument la fel de puternic în evaluarea atașamentului în perioada adultă la fel cum a fost situația străină pentru evaluarea atașamentului în copilăria mică (Main, 1995, pp. 436–437).

Totuși, aveți în vedere că natura „atașamentului" măsurat de fiecare dintre aceste două instrumente este oarecum diferită: categoriile situației străine surprind calitatea atașamentului specific unei *anumite* relații — astfel un copil poate să fie clasificat ca sigur față de un părinte și nesigur față de celălalt și deseori se întâmplă astfel. Se spune că protocolul situației străine identifică o relație, și nu o trăsătură a personalității copilului. Dimpotrivă, deoarece clasificările adultului sunt *independente* de o anumită relație, Main (1995) a sugerat că IAA evaluează de fapt „starea mentală" globală curentă a individului din punctul de vedere al atașamentului[1] (p. 437).

IAA conține o serie de întrebări (și „probe" de urmărit în cadrul studiului) care atrag atenția în mod explicit asupra amintirilor legate de atașament. După ce li se cere să facă o descriere generală a relațiilor din copilărie cu ambii părinți, intervievații sunt invitați să aleagă cinci adjective sau expresii care descriu cel mai bine relațiile lor timpurii cu fiecare dintre părinți, iar apoi sunt rugați să susțină fiecare descriptor, unul după altul, cu amintiri: „*Iubitoare*, ai folosit cuvântul iubitoare pentru a descrie relația cu mama ta. Îmi poți spune niște amintiri sau evenimente care pot ilustra de ce ai ales acest adjectiv?" (Main, 2000, p. 1078). Apoi, într-un ritm destul de rapid, subiecților le sunt puse întrebări din ce în ce mai complexe și mai amănunțite (vezi figura 3.1).

1. Important este că această „stare" s-a dovedit în cercetarea lui Main a avea o stabilitate atât de mare de-a lungul timpului încât poate fi descrisă cât se poate de corect ca o trăsătură — deși sub nicio formă ca una de neschimbat.

Deși Erik Hesse, cel mai apropiat colaborator și soțul lui Main, remar[...] faptul că că un IAA corect nu poate fi condus pe baza unei liste de întrebări prescurtate sau modificate precum cea din figura 3.1, am descoperit că aceste întrebări pot fi extrem de utile în cadrul clinic, în special la începutul tratamentului. De curând, de exemplu, am întâlnit un pacient nou ale cărui conflicte escaladante cu soția sa deveniseră o amenințare pentru căsătoria lor. După ce și-a descris relațiile timpurii cu părinții în termeni elogiatori, l-am întrebat ce făcea de obicei când era copil și era speriat sau supărat. Inițial neputând să-și amintească să se fi simțit vreodată astfel, pacientul a avut o realizare tulburătoare atunci când și-a amintit de coșmarurile recente ale fiicei sale de patru ani. În timp ce ea se putea refugia la mama sa pentru alinare, el a știut dintotdeauna că părinții lui nu vor fi acolo pentru el. Pentru că a învățat de mic să „treacă peste", îi era acum aproape imposibil să-și recunoască sentimentele de vulnerabilitate; îi era mult mai ușor să se enerveze.

1. Pentru început, mă poți ajuta să mă orientez puțin în familia ta — de exemplu, cine se afla în imediata apropiere și unde ai locuit?
2. Acum aș vrea să încerci să descrii relațiile pe care le aveai cu părinții tăi când erai copil cât de devreme poți să-ți aduci aminte.

3–4. Poți să-mi dai cinci adjective sau expresii care să descrie relația ta cu mama/tatăl tău în copilărie? O să le scriu și atunci când le am pe toate cinci, o să te rog să-mi spui ce amintiri sau experiențe te-au făcut să le alegi pe fiecare dintre acestea.

5. Față de care părinte te-ai simțit mai apropiat și de ce?
6. Când erai copil te supărai, ce făceai și ce se întâmpla? Poți să-mi dai câteva exemple de evenimente specifice când ai fost supărat din punct de vedere emoțional? Durere fizică? Bolnav?
7. Poți să-mi descrii prima separare de părinții tăi?
8. Te-ai simțit vreodată respins când erai copil? Ce ai făcut? Crezi că părinții tăi realizau că te resping?
9. Te-au amenințat vreodată părinții tăi — ca metodă de disciplină sau în joacă?
10. Cum crezi că ți-a influențat personalitatea ca adult întreaga ta experiență timpurie? Există unele aspecte pe care le consideri piedici în dezvoltarea ta?
11. De ce crezi că părinții tăi s-au comportat așa în copilăria ta?

12. Au fost alți adulți care ți-au fost apropiați — ca niște părinți — în copilărie?
13. Ai trăit pierderea unui părinte sau a unei alte persoane apropiate când erai copil sau ca adult?
14. Au fost multe schimbări în relația ta cu părinții între copilărie și vârsta adultă?
15. Cum este în prezent relația cu părinții tăi?

Figura 3.1. Scurt rezumat al protocolului interviului de atașament al adultului extras din George, Kaplan și Main (1996). IAA nu poate fi efectuat pe baza acestui rezumat scurt și modificat al protocolului care omite câteva întrebări, dar și probele critice care trebuie urmărite. Întregul protocol împreună cu instrucțiuni extinse de administrare pot fi obținute scriindu-i profesoarei Mary Main, Departamentul de psihologie, Universitatea California din Berkeley, Berkeley, CA 94720. Din Hesse (1999).

Știind că limbajul poate ascunde tot atât de mult cât poate dezvălui — și că reprezentările interne sunt în mare parte inconștiente, deci neverbalizabile —, Main și-a concentrat atenția pe *modurile* particulare în care părinții din studiul ei foloseau cuvintele, și nu pe cuvintele particulare pe care le foloseau: asta înseamnă că s-a concentrat mai mult pe proces și formă decât pe conținut. Tocmai această abordare a înțelegerii lumii reprezentaționale — prin îndreptarea atenției în special spre *cum*, și nu spre *ce* comunică oamenii — a făcut munca sa cu IAA de neprețuit pentru clinicieni.

Studiul[2] longitudinal al lui Main a scos la iveală două descoperiri importante care efectiv au mutat cercetarea atașamentului de la nivelul

2. Amintiți-vă că în faza a doua a studiului ei longitudinal Main și colegii ei au efectuat în 1982 evaluarea a 40 de familii înregistrate video cu durata de două ore. Construit în jurul separării și reunirii, procesul evaluării copiilor de șase ani și a *părinților* lor a fost specific construit — la fel și situația străină — pentru a activa sistemul de atașament. Fiecare familie, după ce sosea la centrul de cercetare, era rugată să facă o fotografie Polaroid. Apoi fiecărei familii îi era prezentat un scurt film care ilustra separarea dramatică a unui copil de doi ani de părinții săi (Robertson & Robertson, 1971). Apoi urma separarea reală: copilul de șase ani era dus într-o cameră de joacă, în timp ce, în cabinete diferite, fiecărui părinte i s-a aplicat IAA. Între timp, copilul de șase ani participa timp de 20 de minute la o ședință „de încălzire" cu o femeie-examinator care apoi îi arăta copilului o serie de șase fotografii cu copii care urmau să treacă printr-o separare de părinții lor. După ce vedea fiecare fotografie, copilul era întrebat ce vor simți copiii din fotografii și ce vor face atunci când părinții lor vor pleca. Apoi, examinatorul îi arăta copilului fotografia Polaroid făcută mai devreme și îi spunea: „Uite, aici este o fotografie cu tine și familia ta și sunteți toți împreună" (Main și colab., 1985, p. 89). Copilul era, de asemenea, rugat să facă un desen al familiei. În sfârșit, după ce copilul era lăsat timp de o perioadă să se joace liber într-o cutie cu nisip, primul părinte se întorcea. Reunirea dura trei minute, după care al doilea părinte se întorcea și se alătura reunirii pentru încă trei minute.

comportamentului la cel al reprezentării — făcând această cercetare relevantă pentru clinicienii a căror preocupare se centra pe emoțiile și credințele care stăteau la baza comportamentului pacienților. Ambele descoperiri depindeau de deducțiile făcute pornind de la vestigiile reprezentaționale (ca răspunsurile copiilor de șase ani la fotografiile care evidențiau separarea de părinți sau transcrierile IAA ale părinților lor) care se presupunea că reflectă reprezentările interne.

Studiind aceste vestigii, Main a observat două corelații frapante: în primul rând a descoperit o corelație între comportamentul copilului în situația străină cu părintele primar la 12 luni și structura lumii interne a acelui copil cinci ani mai târziu. În al doilea rând, a descoperit o corelație *intergenerațională* între comportamentul copilului în situația străină și „starea mentală cu privire la atașament" a părintelui. Aceste două descoperiri — care arată că tiparele de comportament nonverbal ale copilului pot prezice tiparele reprezentaționale — au fost centrale în elaborarea asupra conceptului lui Bowlby de modelul intern de lucru realizată de Main.

Comportamentul bebelușului și lumea internă a copiilor de șase ani

Asemănările structurale dintre modelele de comunicare mamă–copil pe care Main le-a observat în situația străină și vestigiile reprezentaționale ale copiilor de șase ani s-au dovedit a fi extraordinare.[3] Pentru exemplificare, observați următoarele minidialoguri care apar ca răspuns la fotografiile de separare. Arătând fiecărui copil o fotografie ilustrând o separare iminentă de două săptămâni, investigatorul (dialog prezentat cu caractere italice) a întrebat: „Ce ar face un copil?"

> Copilul 1 (*sigur în copilăria mică*): Plânge. (Chicotește.) *Plânge?* (Dă din cap că da.) *De ce ar plânge?* Pentru că își iubește mama și tatăl. *Pentru că își iubește mama și tatăl?* Mm. *Ce altceva ar mai face?* S-ar juca puțin.

3. Predicțiile reprezentărilor de atașament ale copiilor de șase ani pornind de la comportamentul lor în situația străină la care a participat mama au variat de la 68% până la 88%. Interesant este faptul că numai comportamentul de reunire și discursul au avut o legătură semnificativă cu comportamentul în situația străină la care a participat tatăl (Main, 1995).

> Copilul 2 (*evitant în copilăria mică*): Nu știu. *Ce ar putea să facă?* Nu știu! *Nici-o idee?* Oo. Oo (cu voce tare, spre calul de jucărie). Nu, niciuna. *Nu?* Uau. Ridică-te leule.
>
> Copilul 3 (*ambivalent în copilăria mică*): Îi urmărește. *Pe cine urmărește?* Pe mama și tatăl lui cu noua mașină de jucărie — pșșșș — după ei. *Și pe urmă ce se întâmplă?* Și apoi, și apoi... ia o săgeată și un arc și trage în ei. *Trage în mama și tata?* Daa. Dacă vrea, probabil.
>
> Copilul 4 (*dezorganizat în copilăria mică*): Probabil se ascunde. *Se ascunde?* Daa. *Și apoi ce se întâmplă?* Probabil îl vor închide în dulap (chicotește forțat). *Să-l închidă în dulap?* Daa, eu am fost închis în dulap (Main și colab., 1985, pp. 103–104).

Diferențele în comportamentul copiilor față de mame în situația străină prezic nu numai diferențele corespunzătoare în „narațiunile" separării cum sunt cele de sus, ci și în desenul familiei realizat de copiii de șase ani, răspunsurile la fotografiile instantanee ale unei familii și comportamentul la revenire după o scurtă separare de părinți. Luate împreună, aceste rezultate demonstrează că „diferitele modele de interacțiuni mamă–copil au condus la dezvoltarea nu numai a unui *comportament diferit*, ci și a unor *procese reprezentaționale diferite*" (Main, 2000, p. 1059). Ținând cont de aceste descoperiri, este evident că modelele de lucru inițiale ale atașamentului sunt formate treptat în creuzetul celor mai timpurii interacțiuni.

Lumea internă a părintelui și comportamentul copilului mic: Interviul de Atașament al Adultului și situația străină

A doua descoperire a lui Main sugerează puternic că modele de lucru interne ale *părinților* exercită o influență decisivă asupra calității acestor interacțiuni formatoare care modelează la rândul lor propriile noastre modele de lucru. Main a găsit o corelație semnificativă între siguranța dată de atașament a copiilor din studiul său (evaluată în situația străină în urmă cu cinci ani) și „starea mentală cu privire la atașament" a părinților lor (evaluată cu IAA).

Mai specific, clasificările situației străine *au prezis* rezultatele IAA (Main și colab., 1985). Important este că și reversul s-a dovedit a fi adevărat: cercetările următoare conduse de Main și replicate de numeroși alți investigatori din lume au demonstrat că dacă părinții sunt incluși într-o anumită categorie a IAA, aceasta poate prezice categoria în care va intra copilul în situația străină cu o precizie de 75% cu privire la siguranță versus nesiguranță. Uimitor este faptul că astfel de predicții pot fi făcute cu aceeași acuratețe și atunci când IAA este administrat părinților *înaintea nașterii copiilor lor* (Van IJzendoorn, 1995).

Amintiți-vă că IAA „amorsează" sistemul de atașament la fel ca situația străină. Astfel, are potențialul să genereze o trăire extrem de evocatoare, dacă nu stresantă, subiectului, care are o mare oportunitate de a demonstra (sau de a nu demonstra) capacitatea de a avea „un discurs coerent", pe care Main l-a identificat ca fiind marca distinctivă a unei stări mentale sigure din punctul de vedere al atașamentului. Discursul coerent a fost stabilit în transcrierile IAA care aveau consistență internă, erau plauzibile și colaborative (Main, 1991, 1995).

Studiul lui Main a dezvăluit diferențe frapante între transcrierile IAA ale părinților care au crescut copii cu atașament securizant și transcrierile celor ai căror copii erau nesiguri. La primii se reflecta clar capacitatea părinților de a se implica într-un mod cooperativ cu investigatorul, ușurința de a-și aduce aminte, care erau meditativi și obiectivi în explorarea istoricului de atașament. Tocmai datorită acestei obiectivități față de relațiile de atașament — ale cărei importanță și influență erau deja conștientizate de către acești părinți —, Main i-a descris ca având o stare mentală „sigură/autonomă" cu privire la atașament.

În opoziție cu aceștia, părinții copiilor nesiguri au dezvăluit în transcrierile IAA un tipar general de dificultate în menținerea unui discurs coerent, colaborativ — trei tipare specifice de incoerență și lipsă de colaborare au apărut corespunzător celor trei modele de comportament nesigur din situația străină. Părinții copiilor evitanți au fost denumiți „care resping" pentru că aveau tendința de a minimiza valoarea și influența atașamentului și de a insista pe lipsa amintirilor legate de atașament. Părinții copiilor ambivalenți au fost denumiți „preocupați" pentru că păreau să trăiască atașamentele trecute ca pe un element continuu deranjant în prezent. În sfârșit, pentru că păreau să devină în mod intermitent dezorganizați sau

dezorientați atunci când discutau despre traumele trecutului, părinții copiilor dezorganizați au fost denumiți „lipsiți de soluții/dezorganizați" (Main și colab., 1985; Main, 1991, 1995, 2000; Siegel, 1999). Pentru un rezumat vezi figura 3.2.

Starea mentală a adultului cu privire la atașament	Comportamentul copilului în situația străină
Sigură/autonomă (F) Discurs coerent, colaborativ. Apreciază atașamentul, dar este obiectiv față de orice eveniment/relație particulară. Descrierea și evaluarea experiențelor legate de atașament sunt consecvente, chiar dacă experiențele sunt favorabile sau nefavorabile. Discursul nu încalcă în mod vădit niciuna dintre regulile lui Grice.	Sigur (B) Explorează camera și jucăriile cu interes în episoadele preseparare. Prezintă semne ale absenței părintelui în timpul separării, adesea plângând după cea de-a doua separare. Preferință evidentă pentru părinte față de persoana străină. Își întâmpină părintele activ, de obicei inițiind contactul fizic. De obicei se menține un anumit grad de contact după cea de-a doua reunire, dar apoi se stabilizează și se întoarce la joacă.
De respingere (Ds) Necoerent. Respingerea experiențelor și relațiilor legate de atașament. Normalizarea („excelent, o mamă foarte normală"), cu reprezentări generalizate ale trecutului, nesusținute sau în mod activ contrazise de episoadele povestite, ceea ce încalcă regula de calitate a lui Grice. De asemenea, transcrierile tind să fie excesiv de scurte, încălcând regula de cantitate.	Evitant (A) Nu plânge după separarea de părinte. Evită și ignoră în mod activ părintele după reîntâlnire (de ex. se îndepărtează, se întoarce cu spatele sau își leagănă mâinile pe lângă corp când este luat în brațe). Proximitatea sau căutarea contactului este redusă sau total absentă, fără distres și fără furie. Răspunsul la părinte pare neemoțional. Se concentrează pe jucării sau mediul înconjurător tot timpul procedurii.
Preocupată (E) Necoerent. Preocupat cu sau de experiențele/relațiile de atașament din trecut, interlocutorul pare mânios, pasiv sau înfricoșat. Propozițiile adesea lungi, încâlcite gramatical sau cu multe formulări vagi („dadadada", „și așa"), încălcând regulile referitoare la manieră și relevanță ale lui Grice. Transcrierile sunt adesea excesiv de lungi, încălcând regula de cantitate.	Rezistent sau ambivalent (C) Pot fi îngrijorați sau în distres chiar înainte de separare, cu puțină explorare. Preocupați de părinte de-a lungul întregii proceduri; pot părea mânioși sau pasivi. Nu reușesc să se stabilizeze și să găsească alinare la părinte după reîntâlnire și de obicei continuă să se concentreze pe părinte și să plângă. Nu reușește să se întoarcă la explorare după reîntâlnire.
Fără soluție /dezorganizată (U) În timpul discuțiilor despre pierdere sau abuz, interlocutorul prezintă lipsuri evidente în monitorizarea înțelesului sau discursului. De exemplu, individul poate enunța pe scurt o credință conform căreia o persoană decedată este încă în viață în sens fizic sau că acea persoană a fost omorâtă de un gând din copilărie. Poate cădea în perioade de tăcere prelungită sau discursuri elogiatoare. Altfel, interlocutorul se potrivește în mod obișnuit categoriilor Ds, E și F.	Dezorganizat/dezorientat (D) Copilul prezintă comportamente dezorganizate și/sau dezorientate în prezența părintelui, sugerând un colaps temporar al strategiei de comportament. De exemplu, copilul poate „îngheța" într-o stare de transă cu mâinile în aer; se poate ridica în picioare la intrarea părintelui și apoi să se trântească la pământ și să se ghemuiască pe covor; sau se poate agăța în timp ce plânge puternic și apoi se poate legăna cu privirea fixă. Altfel, copilul se potrivește în mod obișnuit categoriilor A, B și C.

Figura 3.2. Categoriile IAA și tiparele corespunzătoare de comportament al copilului în situația străină. Descrierea sistemului de clasificare a atașamentului adultului este rezumată din Main, Kaplan și Cassidy (1995) și din Main și Goldwyn (1984–1998). Descrierea categoriilor A, B și C ale copilului este rezumată din Ainsworth, Blehar, Waters și Wall (1978), iar descrierea categoriei D a copilului este rezumată din Main și Solomon (1990). Din Hesse (1999).

Studiul lui Main a dezvăluit o corespondență incontestabilă între „modul de discurs" al părintelui în IAA — adică modul de a vorbi al părintelui despre propriile experiențe de atașament — și comportamentul de atașament al copilului în situația străină. Natural, putem presupune că puterea capacității părintelui de a reflecta într-un mod coerent asupra trecutului va influența în mod semnificativ abilitatea de a transmite siguranța copilului. Așa cum vom vedea mai departe, siguranța propriei noastre „stări mentale cu privire la atașament" va depinde în cele din urmă mai puțin de evenimentele particulare din trecutul personal — oricât de problematic — decât de succesul eforturilor noastre de a da sens evenimentelor din trecut.

Modele de lucru ca „reguli", nu ca „șabloane"

Main a fost impresionată de asemănările uimitoare descoperite în studiul său între (1) tiparele de comportament nonverbal ale copiilor mici, (2) reprezentările atașamentului la copiii de șase ani și (3) forma

și conținutul discursului părinților lor în timpul IAA. Ea a ilustrat aceste asemănări cu un exemplu:

> Copilul mic nesigur-evitant se întoarce, se îndepărtează și ignoră părintele în situația străină și 5 ani mai târziu se îndepărtează de mementourile reprezentaționale din trecut. În discursul cu copilul, părintele se concentrează pe obiecte și activități, pune întrebări retorice și oferă (așa cum face și copilul) puține oportunități pentru preluarea de către interlocutor a discuției sau elaborarea unei teme. În sfârșit, în timpul IAA părintele copilului evitant tinde să susțină că nu este capabil să își amintească evenimente din copilărie și/sau respinge sau devalorizează acele evenimente, considerându-le cu o influență minimă. Lipsa de atenție selectivă față de potențiale direcții care pot scoate la iveală atașamente sau față de amintirea unei relații pare să fie o regulă respectată de către ambii părinți... (Main și colab., 1985, p. 100).

Main a propus faptul că modelele interne de lucru sunt cel mai bine concepute nu ca șabloane — asemenea imaginilor internalizate ale sinelui și obiectului în teoria psihanalitică —, ci mai degrabă ca *„procese structurate* care servesc la obținerea sau limitarea accesului la informație" (Main și colab., 1985, p. 77; accentuarea adăugată). Pornind de la concepția originală a lui Bowlby, Main a reconceput modelul intern de lucru ca

> un set de *reguli* conștiente și/sau inconștiente de organizare a informației relevante pentru atașament... Organizarea atașamentului securizant versus diferitele tipuri de atașament nesecurizant poate fi înțeleasă cel mai bine prin termeni care se referă la anumite tipuri de modele interne de lucru... *care dirijează nu numai sentimente și comportamente, ci și atenția, memoria și cogniția*... Diferențele individuale în... modelele interne de lucru vor fi legate *nu numai de diferențele individuale ale tiparelor de comportament nonverbal, ci și de tiparele de limbaj și structurile minții* (p. 67; accentuări adăugate).

Main a presupus că regulile pe care noi le internalizăm pe parcursul primelor noastre relații apar inițial în copilăria mică din experiența noastră cu „ce merge" în legătură cu anumite figuri de atașament. Aceste „reguli de atașament" sunt literalmente reguli după care să trăiești — dat fiind faptul că ele iau naștere din interacțiunile dintre sistemul de atașament dirijat biologic, bazat pe supraviețuire și realitățile parentajului. Anterior, Main considerase că diferitele comportamente de comunicare ale copiilor mici evitanți și ambivalenți pot fi înțelese ca reflectând diferite strategii adaptative corespunzătoare de optimizare a atașamentului față de părinți care sunt, pe de-o parte, predictabil neresponsivi sau, pe de altă parte, impredictibil responsivi (Main, 1981, 1995). Acum a adăugat că regulile inițial încorporate într-o strategie „comportamental/comunicativă" generează, de asemenea, o strategie „reprezentațional/atențională" care stabilește extinderea și natura accesului nostru la sentimentele, dorințele și amintirile legate de atașament. Așa cum mai devreme Ainsworth a echivalat atașamentul securizant cu un echilibru flexibil al atașamentului și explorării, Main a identificat flexibilitatea atenției, afectului, gândului și memoriei ca indicând siguranță — notând că cele mai sigure diade din studiul său erau cele mai lipsite de „regularități și tipare predictiabile, asemănătoare regulilor" (Main și colab., 1985, p. 101; Main, 1995).

Considerând modelele de comunicare ale copilului mic ca strategii reprezentaționale în stare nativă puse în mișcare pentru a ocroti sau pentru a evita ruptura relațiilor de atașament, se clarifică foarte mult atât lumea internă, cât și cea intrapersonală. În situația străină, Ainsworth a observat comportamente de comunicare caracterizate în mod variabil de flexibilitate (la copiii mici cu atașament securizant) și de inhibiție sau amplificare (la copiii mici cu atașament nesecurizant). Cercetarea lui Main sugerează faptul că aceste modele diferite de comunicare interpersonală se oglindesc în tiparele corespunzătoare diferite de comunicare a copiilor cu ei înșiși.

Încrezători în responsivitatea mamelor, copiii siguri își pot permite să se racordeze la propriile sentimente și nevoi legate de atașament: ei pot fi conștienți de ele și le pot exprima. Copiii evitanți, anticipând respingerea mamei și furia lor ca răspuns, nu își pot permite nici să fie conștienți, nici să-și exprime sentimentele și nevoile legate de atașament: și de aici rezultă strategia evitantă de a inhiba sau de a minimiza aceste experiențe interne. Copiii ambivalenți, ca răspuns la disponibilitatea imprevizibilă, se pare că dezvoltă o strategie de amplificare sau maximizare atât a conștientizării, cât și a exprimării sentimentelor și nevoilor legate de atașament, pentru a asigura continuarea îngrijirii.

Main adaugă un factor crucial din punct de vedere clinic, și anume că regulile încorporate în aceste strategii organizate reprezentaționale/atenționale/comportamentale sunt implementate în mod *activ*. Copilul evitant, de exemplu, nu își uită pur și simplu mama: în mod activ el o dojenește sau o ignoră, restricționându-și atenția la jucării — ca și cum ar vrea să își distragă atenția de la anxietatea provocată de situația străină și de la distresul de a vrea de la mamă confortul pe care a învățat să nu îl aștepte. Putem deduce că își hiperactivează sistemul explorator pentru a inhiba un sistem de atașament al cărui rezultat nu a fost întâmpinat. În mod similar, copilul ambivalent nu este pur și simplu preocupat de mamă: el caută în mod activ contactul și își limitează strict atenția pentru monitorizarea acesteia; ignoră complet jucăriile și pare să scaneze mediul interpersonal, fiind vigilent la cel mai mic amănunt care poate amplifica distresul lui. Putem să deducem că își hiperactivează sistemul de atașament atât pentru a capta atenția imprevizibilă a mamei sale, cât și pentru a inhiba explorarea autonomă pe care ea are tendința să o descurajeze (Main, 1995, 1999).

La fel ca acești copii, pacienții noștri adulți susțin în mod activ aderența lor la „regulile de atașament". De exemplu, pacienților cu o stare mentală de respingere cu privire la atașament în mod frecvent le este monopolizată atenția de către nevoile altora — astfel facilitându-le negarea obișnuită a faptului că ei au propriile nevoi emoționale neîmplinite. În același mod, pacienții într-o stare mentală de preocupare se consumă cu dubii legate de angajamentul romantic al partenerului — astfel facilitând o familiară lipsă de atenție față de propriile dorințe autonome.

De aici rezultă implicațiile clinice că pacienții noștri își pot îndrepta în mod inconștient atenția spre modalități care să sprijine sau care să pară în mod subiectiv „să justifice" așteptările lor preexistente și comportamentul lor actual. Pentru a genera ceea ce Main a numit „siguranța resimțită secundar", acești adulți trebuie să adopte „a doua strategie bună" pentru păstrarea proximității (dar și a autoorganizării) față de părinții în mod previzibil neresponsivi sau în mod imprevizibil responsivi (Main, 1995, p. 462). Este bine să luăm în considerare că multe dintre gândurile, sentimentele, amintirile și comportamentul pe care le observăm la pacienții noștri (și la noi înșine) au apărut și au persistat pentru a conserva modelele interne de lucru vechi — dar durabile — ale atașamentului.

„Adezivitatea" acestor modele a fost mult timp centrul de interes al clinicienilor și cercetătorilor. Freud, de asemenea, ne-a atras atenția asupra „compulsiei la repetiție", în timp ce Bowlby (1980) a observat „calitatea autoperpetuantă" a modelelor interne de lucru. Observațiile lui Main asupra studiului atribuie stabilitatea acestor modele — în special a celor de nesiguranță — contextului critic de supraviețuire al apariției lor inițiale, semnalând că (1) este puțin probabil ca regulile care au ajutat individul să supraviețuiască să fie abandonate cu ușurință și că (2) reguli autorizate intern funcționează de-a lungul timpului pentru a conserva aceste modele. Aceste reguli — care stabilesc ce poate individul să observe, să simtă, să-și amintească și să facă — sunt riguros implementate, pentru că încălcarea lor contestă stări mentale și modalități de a fi care au făcut supraviețuirea emoțională posibilă. Deci modelele particulare de atașament generate inițial la copiii siguri, evitanți, ambivalenți sau dezorganizați au tendința, odată cu trecerea timpului, să fie perpetuate în mod activ prin tipare corespunzătoare de conștientizare, experiență afectivă și comportament — inclusiv, în cele din urmă, comportamentul de părinte.

Transmiterea intergenerațională a tiparelor de atașament

Așa cum am văzut anterior, tiparele de atașament au o mare tendință de a persista de-a lungul generațiilor. La sfârșitul cercetărilor inițiale ale lui Main, Van Ijzendoorn (1995) a efectuat o metaanaliză a unor studii asemănătoare existente atunci (implicând 18 loturi în șase țări) și a concluzionat că de obicei categoriile IAA ale părinților prezic categoriile din situația străină ale copiilor lor. Mult mai frecvent, copilul mic sigur devine adult sigur care, ca părinte, va crește copii siguri. În același fel, copilul evitant este de așteptat să devină un adult care respinge, ai cărui copii este probabil să devină evitanți și așa mai departe. Singurul studiu care evaluează soarta atașamentului de-a lungul a trei generații sugerează că există tendința de corespondență între categoriile bunicilor și cele ale fiicelor lor adulte și cele ale copiilor fiicelor lor (Benoit & Parker, citat în Hesse, 1999). De ce și cum apare această transmitere între generații a atașamentului este o întrebare crucială pentru cercetători și clinicieni. Este, de asemenea, o întrebare al cărei răspuns are implicații semnificative pentru parentaj.

Cercetarea lui Main a sugerat că atașamentul securizant este rezultatul flexibilității părinților care generează flexibilitatea copiilor lor. Cu un repertoar comportamental și afectiv larg și puține lucruri care să împiedice desfășurarea atenției lor, părinții securizanți par bine echipați pentru a asigura responsivitate senzitivă semnalelor copiilor lor, responsivitate care joacă un rol central în generarea siguranței, după cum a fost demonstrat de Ainsworth și colaboratorii săi.

În ceea ce privește nesiguranța, Main a propus ca în relația cu copiii lor părinții care resping sau cei preocupați, care se comportă în moduri calculate inconștient să mențină propria stare mentală cu privire la atașament. Aceste stări mentale iau naștere inițial ca răspuns la nevoia total ignorată a părinților de proximitate față de propriii părinți. Orice fel de provocări pentru aceste stări mentale — inclusiv comportamentul propriului copil — constituie amenințări de care acești părinți s-au protejat prin reguli care au dictat lipsa de atenție selectivă sau responsivitatea dezacordată. Din păcate, tocmai această restricție a atenției și a comportamentului care protejează acești părinți nesiguri subminează și capacitatea lor de a fi în mod consecvent sensibili la semnalele copiilor lor. Ca răspuns, copiii adoptă reguli care le oglindesc pe cele ale părinților. Deci copiii evitanți minimizează comportamentul de atașament și maximizează explorarea mediului nonuman, în timp ce aceia preocupați maximizează comportamentul de atașament și minimizează explorarea autonomă.

Spre deosebire de copiii mici siguri, evitanți sau preocupați, cei dezorganizați probabil că și-au simțit în mod repetat părinții ca fiind înspăimântători — adesea pentru că părinții acestora erau pur și simplu abuzivi cu ei, dar câteodată pentru că în relație cu copiii lor aceștia păreau să fie speriați și/sau disociați. Studiul IAA al lui Main a arătat că părinții dezorganizanți erau ei înșiși prinși de experiențe nerezolvate de pierdere sau traumă în copilărie.

Nefiind niciodată procesate în mod conștient, aceste experiențe copleșitoare erau conservate într-o stare disociată, dormitând, dar totuși fiind disponibile pentru activare de către anumite contexte stimulante emoțional. Atunci când se confruntau cu aspecte care evocau trauma sau pierderea lor — incluzând aici, de exemplu, distresul, cererile sau furia copiilor lor —, acești părinți cu probleme nerezolvate erau pasibili să fie invadați de experiențe disociate (trecute) care adesea declanșau comportamentele care îi înspăimântau pe copiii lor. Acești copii sunt apoi prinși într-o contradicție paralizantă — întoarcerea din reflex către părinți pentru siguranță și, în același timp, frica de părinți le declanșa dorința de a fugi. Experiențele repetate de acest fel au condus la dezorganizare în timpul copilăriei și, mai târziu, la un comportament de control, de inversare a rolului cu părinții lor ca modalitate de „rezolvare" a contradicției nerezolvabile. Moștenirea traumei sau a pierderii nerezolvate a părinților devine o traumă corespunzătoare a copiilor lor încapsulată și greu de rezolvat, așa cum vom vedea în vinieta următoare.

Acum ceva timp am explorat împreună cu un pacient de-al meu teroarea sa viscerală față de proceduri medicale de orice fel (de mai multe ori a leșinat la gândul că i se va lua sânge). L-am întrebat cine îl ducea la medic când era copil. „Mama mea", a răspuns. Lucram cu acest om de mai mulți ani, dar nu auzisem niciodată povestea aceasta, pe care mi-a relatat-o ca și când nu ar fi fost nimic neobișnuit — o poveste care dădea sens fricii lui de-o viață:

> „Mama avea cinci ani când mama ei a mers la spital pentru o procedură chirurgicală de rutină. A murit pe masa de operație și mamei mele nu i s-a spus nimic. A fost trimisă să locuiască la rude după ce tatăl său i-a spus că mama sa e prea bolnavă să mai aibă grijă de ea. Apoi când avea opt ani, tatăl său s-a recăsătorit și mama a fost adusă din nou acasă. Dar atunci când a fost prezentată noii soții a tatălui, acesta i-a spus: «Ea este mama ta». Și ea a crezut. Dar după mai mulți ani a aflat adevărul."

Pentru a explica cum acest tip de traumă și nesiguranță este transmis de la părinte la copil, Main a sugerat că puterea imperativă a atașamentului este atât de mare încât chiar și atunci când costul pentru dezvoltare este exorbitant, copiii mici vor răspunde în moduri care conservă „starea de fapt" psihică a părinților. Tocmai de aceea, pe măsură ce copiii lor cresc, părinții vor coluziona cu ei pentru a menține tipare interactive care întăresc stări mentale care acum au ajuns să fie comune.

De exemplu, părinții cu probleme nerezolvate pot fi bucuroși de comportamentul de inversare de rol al copiilor lor dezorganizați, pentru că acest comportament se potrivește cu propriile lor nevoi emoționale. Pentru

că au învățat cu mult timp în urmă să răspundă cu solicitudine sau punitiv propriilor părinți, acum ei îi „invită" pe copiii lor să aibă aceleași răspunsuri pentru a conserva tiparele interpersonale și interne inițial indispensabile. Astfel, nevoia părinților (adesea inconștientă) de a perpetua aceste tipare rigide de atenție și comportament produce tipare la fel de rigide la copiii lor. Main a considerat că acesta era mecanismul de transmitere intergenerațională a atașamentului nesecurizant (Main, 1995).

Totuși problema rămâne nerezolvată. În metaanaliza menționată anterior, Van IJzendoorn (1995) a aplicat o metodă foarte sofisticată din punct de vedere statistic asupra studiilor relevante și a concluzionat că cercetătorii atașamentului se confruntau cu ceea ce a denumit pe bună dreptate „gol de transmitere" (p. 387). Natura responsivității senzitive a persoanei care îngrijește copilul — ceea ce mult timp s-a crezut a fi piatra de temelie a atașamentului securizant sau nesecurizant — pare să explice în parte, dar nu complet cum și de ce modelele de lucru ale părinților tind să devină modelele de lucru ale copiilor lor. În mod surprinzător, Mary Main a introdus în 1991 în domeniul atașamentului două concepte vitale — *cunoașterea metacognitivă* și *monitorizarea metacognitivă* —, care vor fi mai târziu folosite de Peter Fonagy pentru a ajuta la închiderea așa-numitului gol de transmitere.

Metacogniția: gândirea despre gândire și reprezentarea lumii reprezentaționale

În încercarea de a întocmi o hartă a lumii reprezentaționale a copiilor mici, a copiilor de șase ani și a adulților din studiul ei, Main s-a folosit de conceptul lui Bowlby de model intern de lucru. Totuși, într-un anumit punct, a realizat că doar despre indivizii *siguri* se putea spune că au un unic „model" de atașament. Experiența lor cu o persoană de îngrijit în mod consecvent senzitivă — care a oferit o bază de siguranță — pare să conducă la așteptarea relativ stabilă că alții vor fi responsivi la nevoile lor.

Dimpotrivă, indivizii nesiguri au crescut alături de părinți care nu le-au oferit această bază de siguranță, ci, în schimb, i-au respins, au fost imprevizibili sau înspăimântători. Pentru a descrie reprezentările contradictorii, incoerente sau disociate ale atașamentului care rezultă din astfel de experiențe nefavorabile, Main a folosit termenul de „modele multiple". Aici ea a urmat calea lui Bowlby: „Ipoteza modelelor multiple", scria el, „unul dintre ele având o foarte mare influență, dar fiind relativ sau complet inconștient, nu este altceva decât o versiune în alți termeni a ipotezei lui Freud despre inconștientul dinamic" (Bowlby, citat în Main, 1991, p. 132).

Spre deosebire de modelele integrate „unice" ale indivizilor siguri care asigură flexibilitate și un acces ușor la informațiile legate de atașament, modelele multiple — incompatibile sau aflate în conflict — cer o îngustare defensivă a atenției pentru a face față problemei, așa cum spunea Bowlby (1988), „de a ști ceea ce nu ar trebui să știi și de a simți ceea ce nu ar trebui să simți" (p. 99). Așa cum am văzut, această excludere rigidă a gândurilor și sentimentelor amenințătoare creează dificultăți părinților nesiguri de a răspunde cu sensibilitate la semnalele copiilor lor. De asemenea, subminează abilitatea acestor părinți de a face un pas înapoi și de a reflecta asupra propriilor experiențe.

Conform lui Main, luarea în considerare a modelelor multiple a condus-o direct spre *metacogniție* (Main, 1991). Astfel, Main ne conduce direct la problema crucială din punct de vedere clinic a poziției sinelui față de experiență, inclusiv, în mod special, experiența mentală. Cercetată anterior în principal de psihologii cognitiviști, metacogniția este cogniția despre cogniție: gândirea despre gândire. Parafrazând-o pe Main, implică abilitatea de a aprecia *„doar* natura reprezentațională" a propriilor noastre reprezentări mentale (sau ale altora).

Main a subliniat distincția dintre reprezentare („sunt o persoană ușor de uitat") și metareprezentare sau metacogniție („sunt o persoană care adesea simte că este ușor de uitat — nu știu de ce"). Cu o capacitate funcțională pentru metacogniție, putem descoperi că, pentru moment, suntem într-o anumită stare mentală; dacă lipsește această capacitate, este ca și cum noi *suntem* acea stare mentală. În continuare, Main a făcut diferența între „cunoașterea metacognitivă" și „monitorizarea metacognitivă".

Cunoașterea metacognitivă implică în principal abilitatea de a surprinde ceea ce oamenii de știință cognitiviști au numit distincția aparență–realitate, fără de care este imposibil să realizăm că ideile și percepțiile noastre pot să nu fie valide sau că alții pot crede lucruri care nu sunt adevărate. În măsura în care pacienții noștri nu sunt conștienți de „natura supusă greșelii" a cunoașterii, dorința, precum și abilitatea lor de a reflecta asupra experienței tind să fie limitate (Main, 1991, p. 134). De exemplu, un

pacient a făcut recent o afirmație categorică care pentru mine a părut neplauzibilă. Când mi-am exprimat curiozitatea față de convingerea lui, a spus că pur și simplu o *simțea* ca fiind adevărată. Apoi a adăugat în mod decisiv, ca și când acesta ar fi fost ultimul cuvânt pe această temă: „Nu sunt sentimentele dovada supremă?"

Ca terapeuți, propria noastră capacitate de înțelegere metacognitivă a *ambilor* parteneri din cuplul terapeutic este crucială în a ajuta pacienții noștri să se schimbe. Această formă de înțelegere este cea care ne permite să răspundem într-un mod reflexiv, și nu în mod reflex — adică să putem să luăm în considerare înțelesul complex al sentimentelor, al credințelor și al dorințelor, și nu să le privim superficial, direct și fără să ne punem niciun fel de întrebare.

Dincolo de distincția aparență/realitate, cunoașterea metacognitivă face posibilă aprecierea *schimbării reprezentaționale* (ideea că sentimentele și credințele se pot schimba de-a lungul timpului) și a *diversității reprezentaționale* (recunoașterea faptului că, în aceleași circumstanțe, alții pot avea credințe și sentimente care diferă de ale noastre, dar care sunt în egală măsură valide). Fundamental, cunoașterea metacognitivă face posibilă conștientizarea faptului că experiența noastră prezentă este profund influențată de stările mentale subiacente, inclusiv ceea ce am ajuns să credem, să simțim sau să dorim.

Această cunoaștere asigură fundamentul pentru ceea ce Main a denumit *monitorizare metacognitivă*. Monitorizarea cognitivă implică o poziție de autoscanare activă care ne situează și înăuntru, și în afara experienței noastre. Această poziție reflexivă ne permite să facem un pas înapoi din experiență pentru a fi conștienți de unele aspecte ale *ideilor* noastre despre experiență care pot fi contradictorii, prestabilite sau neplauzibile. De asemenea, tinde să eficientizeze eforturile noastre de a înțelege și de a rezolva aceste contradicții sau potențiale „erori". Monitorizarea cognitivă aduce cu sine curiozitatea față de obiceiurile minții care ne modelează experiența și observarea acestora. În contextul IAA, situațiile de monitorizare metacognitivă au fost considerate indicatori ai atașamentului sigur, pe când eșecurile acestei monitorizări la părinți au prezis dezorganizarea copiilor lor (Main, 1995).

Main a propus ipoteza că puternice capacități metacognitive în cazul copiilor suficient de mari să le fi achiziționat pot avea potențialul de a diminua impactul distructiv al experienței de atașament nefavorabile, inclusiv al traumei. Același lucru, desigur, poate fi valabil și pentru adulți. În schimb, a observat că *lipsa* metacogniției la copiii mici, determinată de dezvoltare, a crescut vulnerabilitatea lor la impactul cu evenimente problematice legate de atașament. Același lucru poate fi valabil și pentru adulții la care metacogniția urmează să se dezvolte sau a fost inhibată în scop defensiv. În timp ce metacogniția sigur părea să aibă un rol în a conferi reziliență sau vulnerabilitate, problema *centralității* generale în legătură cu atașamentul îi părea lui Main nerezolvată.

Pentru ea era clar că o capacitate funcțională pentru metacogniție era *asociată* cu siguranța și lipsa ei, cu nesiguranța. Totuși, nu era pregătită să afirme dacă metacogniția avea rolul de a favoriza atașamentul securizant *sau* dacă atașamentul securizant favoriza metacogniția, și asta pentru că cercetarea necesară rezolvării acestei probleme nu avusese loc încă. Din motive similare (și în ciuda faptului că scorurile mari la IAA ale unui părinte pentru monitorizarea metacognitivă au fost asociate cu copiii atașați securizant), Main nu era pregătită să susțină rolul decisiv al calității metacogniției părinților în determinarea siguranței sau nesiguranței atașamentului copiilor lor (Main, 1991). Totuși, câțiva ani mai târziu, Peter Fonagy — un psihanalist care cerceta atașamentul de cealaltă parte a Atlanticului — a fost într-adevăr capabil să susțină acest lucru. A extins conceptualizarea metacogniției realizată de Main din punctul de vedere al capacității psihologice pentru ceea ce este cunoscut ca „teoria minții" (Fonagy și colab., 1995).

Fonagy și după el

Main a spus că și ea, și Fonagy au fost atrași în mod independent de cercetarea *teoriei minții* (Main, comunicare personală, 2004). Aceasta se referă la modalitățile prin care fiecare dintre noi, în anumite grade, dă un sens comportamentului propriu sau al altora pe baza stărilor mentale subiacente — incluzând aici credințe, emoții și dorințe. Ideea este că începând din copilărie dezvoltăm o „teorie" care ne dă posibilitatea de a înțelege și, într-o anumită măsură, de a prevedea ce vor face alții în lumina a ceea ce credem noi că se întâmplă în mintea lor. Fonagy probabil a fost inspirat de aceeași literatură despre teoria minții ca și Main, dar abordarea acestuia a condus la o conceptualizare mult mai largă decât a ei.

Peter Fonagy: mentalizare, moduri de experiență și originile intersubiective ale sinelui

Ca lector tânăr la University College London acum mai bine de un sfert de secol, Fonagy a fost desemnat să fie omul de legătură în organizarea seminarelor și consultațiilor pentru vizita profesorului de la „Freud Memorial" — care s-a dovedit în 1980 a fi nimeni altul decât John Bowlby. Participând la prelegerile lui Bowlby din acel an, Fonagy (care acum este el profesor la „Freud Memorial") a spus că a fost extrem de emoționat nu numai de ideile lui Bowlby, ci și de preocupările lui profund sociale:

> Bowlby era profund interesat de bunăstarea celor mai puțin privilegiați decât el. Am descoperit viziunea sa foarte impresionantă — combinând știința cu preocupările pentru individ și subiectivitatea individuală, ținând cont și de forța socială și presiunea socială. Pentru mine rămâne aspectul teoriei atașamentului, care este cel mai important și mai uimitor (Fonagy, comunicare personală, 2006).

Câțiva ani mai târziu, Fonagy în colaborare cu Miriam și Howard Steele au lansat un studiu despre transmiterea transgenerațională a modelelor de atașament. Pe parcursul studiului, Fonagy și colegii lui au avut consfătuiri cu Bowlby. De asemenea, au fost pregătiți de Mary Main pentru folosirea IAA.

Mentalizarea și Scala de „funcționare reflexivă"

Inspirat de munca profund inovatoare a lui Main, Fonagy a încercat inițial să operaționeze ideile ei despre diferențele individuale prin capacități metacognitive. Dar acolo unde Main se concentrase pe *auto*monitorizarea gândurilor și a amintirilor pe parcursul IAA, Fonagy (preluând ideea din teoria minții) a lărgit această abordare, luând în considerare atenția adultului față de stările mentale în general, inclusiv stările mentale ale altora (Fonagy, Steele & Steele, 1991a). Fonagy a remarcat ulterior că elementul caracteristic al abilității la care se referea cu termenul de *mentalizare* — acesta fiind „procesul prin care realizăm că având o minte mediem experiența noastră cu lumea" — nu era *auto*cunoașterea, ci mai degrabă cunoașterea minților în general (Fonagy, Gergeley, Jurist & Target, 2002, p. 3). În timp ce această cunoaștere este în mare parte implicită, Fonagy și Target au folosit termenul de „caracteristică de mentalizare" pentru a descrie activitatea de „a gândi în mod explicit la stările mentale" (p. 2). Activitatea de mentalizare (de exemplu fiica observă că „respingerea" exercitată de tatăl său își are originea mai degrabă în depresia lui decât în ostilitate) își are baza în ceea ce Fonagy a numit capacitatea de *funcție reflexivă*.

Funcția reflexivă ne ajută să ne vedem pe noi înșine și pe alții ca ființe cu profunzime psihică. Ne face capabili să răspundem experienței noastre pe baza nu numai a comportamentului observat, ci și pe baza stărilor mentale subiacente — dorințe, sentimente, credințe — care fac comportamentul de înțeles și îi acordă sens. Astfel, funcția reflexivă este legată strâns de capacitatea noastră de insight și empatie.

Pentru a evalua forța capacității de mentalizare a unui individ, Fonagy și colegii săi au construit Scala de funcționare reflexivă. Concepută în

scopuri de cercetare, această scală poate fi folosită neoficial pentru a creşte aprecierea clinică a tipurilor de intervenţii de care pacienţii noştri ar putea beneficia. O capacitate de mentalizare puternică — şi probabil pe parcursul tratamentului, receptivitate faţă de interpretările terapeutului — este mult mai probabil să existe atunci când intervievatul (sau pacientul) prezintă:

- *Conştientizarea naturii stărilor mentale* — de exemplu, că înţelegerea noastră faţă de alţii şi faţă de noi înşine este invariabil incompletă; că oamenii îşi pot modifica stările mentale pentru a minimiza durerea; că oamenii pot în mod deliberat să-şi mascheze stările interne; că anumite răspunsuri psihice pot fi prevăzute în anumite circumstanţe date.
- *Eforturi evidente pentru a identifica stări mentale subiacente comportamentului* — de exemplu bilanţuri plauzibile ale comportamentului în termeni de credinţe, sentimente, dorinţe; înţelegerea faptului că propriile interpretări despre alţii pot fi influenţate de propriile stări mentale; realizarea faptului că sentimentele legate de o situaţie pot fi neconcordante cu aspectele observabile ale situaţiei.
- *Recunoaşterea aspectelor „de dezvoltare" a stărilor mentale* — de exemplu, ceea ce am simţit ieri poate fi diferit de ceea ce simţim astăzi sau vom simţi mâine; comportamentul părinţilor este modelat de comportamentul propriilor părinţi şi, la rândul lui, modelează comportamentul propriilor copii; perspectivele din copilărie trebuie să fie revizuite în lumina înţelegerii din perioada adultă.
- *Conştientizarea stărilor mentale faţă de intervievator (sau terapeut)* — de exemplu, dacă terapeutului nu i se spune, el nu poate şti ceea ce ştie pacientul; terapeutul poate avea propriile răspunsuri emoţionale la povestea pacientului; istoricul terapeutului şi, consecutiv, stările sale mentale pot fi diferite de cele ale pacientului (adaptate cu permisiune după Fonagy, Target, Steele & Steele, 1998).

Fonagy face observaţia că aici nu sunt enunţate doar nişte principii ce privesc stările mentale („Nimeni nu poate şti ce simte cealaltă persoană"), ci mai degrabă dovezi că aceste principii sunt în *mod implicit* înţelese („Când eram copil, eram sigur că mamei mele nu îi păsa de mine, dar ţinând seama de ceea ce mi-a spus tatăl meu despre faptul că *ea* simţea că *eu* am respins-*o*, acum nu sunt tocmai sigur ce simţea").

În 1987, Fonagy şi familia Steele au recrutat 100 de cupluri care aşteptau un copil şi au efectuat cercetarea IAA folosind scala lor. Studiul a fost unul notabil din mai multe puncte de vedere. În primul rând, a documentat că starea mentală a părinţilor cu privire la ataşament — *evaluată înainte de naşterea copilului* — poate să prevadă clasificarea în situaţia străină a acelui copil la 12 luni de viaţă. A arătat, de asemenea, că mamele şi taţii cu o mare capacitate reflexivă aveau o probabilitate de trei până la patru ori mai mare de a avea copii siguri faţă de părinţii a căror capacitate de mentalizare era scăzută. În sfârşit, a demonstrat că o capacitate reflexivă puternică poate sparge „ciclul de dezavantaje" care în mod normal conduce părinţii cu un istoric de ataşament advers să crească copii nesiguri.

Pentru a testa predicţia că abilitatea de a reflecta asupra stărilor mentale poate funcţiona ca un „antidot" pentru trecutul problematic, mamele din studiu au fost împărţite în două grupuri: primele trăiseră privare severă (afecţiune mentală a părinţilor, separare prelungită de părinţi şi aşa mai departe), iar cele din al doilea grup nu au trăit astfel de evenimente. A reieşit că mamele deprivate cu o funcţionare reflexivă *puternică* au avut fiecare dintre ele copii siguri. La polul opus, la cele la care funcţionarea reflexivă era slabă, doar una din 17 a avut un copil sigur. În mod evident, puterea capacităţii de mentalizare a fost un factor protector, care a amortizat impactul experienţelor timpurii dificile şi a diminuat probabilitatea transmiterii nesiguranţei între generaţii (Fonagy, Steele, Steele, Moran & Higgitt, 1991b; Fonagy şi colab., 1995; Fonagy, 2001).

Descoperiri ca acestea l-au îndrumat pe Fonagy să privească mentalizarea ca fiind elementul central absolut al ataşamentului. De fapt, a mers atât de departe încât a susţinut că „ataşamentul nu reprezintă un final în sine; mai degrabă el există pentru a produce un sistem reprezentaţional, care a evoluat, după cum putem presupune, pentru a ajuta la supravieţuirea umană" (Fonagy şi colab., 2002, p. 2). Acest sistem reprezentaţional este un sistem de *mentalizare* care oferă avantajul enorm al supravieţuirii evoluţionale de a ajuta indivizii să înţeleagă, să interpreteze şi să prevadă comportamentul altora, precum şi propriul comportament. Astfel, este „o piatră de temelie a inteligenţei sociale" şi este deosebit de important pentru muncă, joacă sau orice fel de colaborare (Allen & Fonagy, 2002).

Timp de mai bine de 15 ani, construcția teoriei și programul de cercetare extraordinar de activ al lui Fonagy și al colegilor săi au adus dovezi puternice în favoarea faptului că mentalizarea și atașamentul joacă un rol extrem de important, întrepătruns cu dezvoltarea, psihopatologia și psihoterapia. Pe scurt, mentalizarea părintelui este crucială pentru promovarea atașamentului securizant la copil, iar atașamentul securizant asigură contextul–cheie pentru activarea potențialului propriu al copilului pentru mentalizare. Multe dintre psihopatologiile pe care le întâlnim la pacienții noștri reflectă ori o inhibiție a mentalizării, ori un eșec în dezvoltarea sa încă de la început. În același mod, psihoterapia poate fi înțeleasă ca un efort de a reface sau de a stimula capacitatea pacientului de a mentaliza.

Consecvent teoriei lui Main despre modelul intern de lucru, Fonagy a propus ca element–cheie pentru reprezentările experiențelor timpurii de atașament mai puțin „șablonul" pe care îl înregistrăm decât profunzimea cu care capacitatea noastră de a mentaliza ne permite să ne testăm experiența, în mod special experiența încărcată emoțional. El a oferit expresia de „afectivitate mentalizată" pentru a descrie capacitatea de a ne simți simultan propriile sentimente și de a reflecta asupra înțelesului lor. Mary Target, colaboratoarea eminentă a lui Fonagy, a descris-o astfel: „Funcția reflexivă, la maximul ei de dezvoltare, implică a gândi despre sentimente și a simți despre gândire" (comunicare personală, 2005).

Moduri de experiență

Majoritatea explorărilor lui Fonagy au avut ca scop să ne ajute să înțelegem modurile de experiență psihică care reflectă modul în care simțim relația dintre lumea internă și realitatea externă. Fonagy a descris trei astfel de moduri subiective: echivalența psihică, pretinderea și mentalizarea.

În *modul de echivalență psihică*, lumea internă și realitatea externă sunt pur și simplu echivalente. Nu există nicio diferență între credințe și fapte. Ceea ce gândim și simțim pare să oglindească ceea ce ni se întâmplă în lumea fizică și viceversa. În acest sistem al minții, când suntem tratați prost, de exemplu, este foarte probabil să simțim că noi *suntem* răi — și simțind că suntem răi, „știm" că vom fi tratați rău. În acest sistem închis, sinele ca agent psihic tinde să se scufunde: nu există niciun „eu" care să interpreteze sau să creeze experiența, ci doar un „mie" căruia i se întâmplă experiența.

În *modul de „pretindere"*, lumea internă este decuplată de la cea externă. Aici suntem eliberați de evenimentele actuale: tot ceea ce ne imaginăm este simțit ca fiind real și tot ceea ce ignorăm este făcut imaterial. Disocierea, negarea și grandoarea narcisică extremă sunt toate exemple ale modului de „a pretinde că". La acest mod, la fel ca și la primul, sinele ca interpret sau creator al experienței este constrâns, pentru că luarea în seamă a realității amenință ceea ce a fost imaginat și deschide ușa la ceea ce a fost ignorat.

În *modul de mentalizare (sau reflexiv)* suntem capabili să recunoaștem că lumea internă este separată, dar în același timp legată de realitatea externă. Aici putem reflecta asupra modalităților în care gândurile, sentimentele și fanteziile noastre sunt influențate și la rândul lor influențează ceea ce se întâmplă cu noi. În acest mod, experiența noastră subiectivă este simțită ca având profunzime în interpretare și astfel — pentru că putem să înțelegem diferența dintre evenimente și reacția noastră la ele — ne putem bucura de un anumit grad de libertate internă. Mentalizarea dezvăluie o lume a sinelui și a altora care este bogată, complexă și ambiguă — una în care avem potențialul de a ne revizui propriile noastre reprezentări mentale despre realitatea externă pe măsură ce realitățile noastre prezente se schimbă.

Conform lui Fonagy, aceste moduri de experiență se desfășoară secvențial în decursul dezvoltării. La început, inevitabil sugarii și copiii mici trăiesc într-o lume a echivalenței psihice în care experiența subiectivă este reală în mod irezistibil, dar câteodată înspăimântător. Apoi, ei descoperă un fel de eliberare în modul de pretindere în care experiența subiectivă este decuplată de la realitate: în joc, ei pot pretinde că anumite constrângeri ale realității pur și simplu nu există. În sfârșit, în dezvoltarea normală, începând cu vârsta de patru ani, apare o integrare a acestor două moduri anterioare. Acum lumea internă nu este echivalată cu cea externă, nici complet separată de aceasta. Odată cu apariția modului reflexiv, apare și o capacitate din ce în ce mai mare de a lua în considerare, în mod implicit și explicit, relația dintre realitatea internă și cea externă (Fonagy, 2001; Allen & Fonagy, 2002; Fonagy și colab., 2002).

Pacienții pe care îi vedem în psihoterapie adesea au probleme în a se degaja de modurile de echivalență psihică sau/și pretindere. În primul

caz, ei sunt terorizați de sentimente și gânduri care cer să fie puse în act pentru că sunt echivalate cu fapte. În al doilea caz, sunt menținuți în poziții superioare de gânduri ce îndeplinesc dorințe, dar pe parcursul procesului sunt izolați de propriile sentimente și de oamenii care ar putea să conteze pentru ei.

Pentru psihoterapeuți și părinți, precum și pentru cercetători, întrebarea–cheie ar trebui să fie: ce anume favorizează tranziția de la modurile experiențiale ale echivalenței psihice și ale pretinderii la modul de mentalizare? Răspunsul lui Fonagy — o elaborare a concluziilor lui Bowlby, Ainsworth și Main — este: o relație intersubiectivă de atașament care asigură inițial o măsură completă a reglării afective și apoi, deloc neimportant, un minim de joc în prezența unei persoane reflexive.

Reglarea afectivă, transmiterea intergenerațională și intersubiectivitatea

Fonagy credea că puntea spre un mod de experiență reflexiv este construită pe baza reglării afectului. Deși „funcția biologică" a comportamentului de atașament este protecția față de prădători, bebelușii au nevoie și de o figură de atașament pentru a-și asigura supraviețuirea *emoțională*. Din momentul în care se nasc, bebelușii sunt supuși sentimentelor de distres cărora sunt total neechipați să le facă față singuri. Pentru a trăi „siguranța resimțită", care a fost descrisă ca fiind scopul stabilit al atașamentului, bebelușii depind de figura de atașament pentru a-i ajuta să-și modeleze propriile afecte copleșitoare.

Conform lui Fonagy, părinții care în general reușesc să „conțină" distresul copilului lor vor avea un copil atașat sigur cu un potențial solid de a mentaliza. De ce ar fi așa acest lucru? Și care este legătura dintre reglarea afectului, siguranța atașamentului și mentalizare?

Conținerea reușită și atașamentul securizant

Psihanalistul Wilfrid Bion (1962) a propus faptul că mama suportivă conține mental experiența emoțională căreia copilul nu-i poate face față singur, dar reușește să o evoce în ea. Acest tip de conținere necesită ca mama să suporte, să proceseze și să prezinte din nou copilului într-o formă tolerabilă ceea ce a fost anterior experiența emoțională intolerabilă a copilului. Pornind de la ideile lui Bion, Fonagy a sugerat că părinții pot conține afectele de distres ale copiilor lor comunicând afectiv și printr-un limbaj al îngrijirilor fizice că (1) *înțeleg* cauza distresului și impactul lui emoțional; (2) *pot face față* distresului și îl pot alina; (3) pot recunoaște *atitudinea intențională* emergentă a copilului — adică abilitatea copilului de a deduce intențiile care stau la baza comportamentului, în special a comportamentului părintelui (Dennett, 1987). În mod surprinzător, Fonagy crede că acest ultim element al conținerii — recunoașterea de către părinte a copilului ca o ființă separată cu o minte proprie, potențial capabilă de a citi atât gândurile părinților, cât și propriile sale gânduri — „poate fi cel mai important în maximizarea posibilității copilului de a forma un atașament securizant" (Fonagy și colab., 1995, p. 248).

Părinții care reușesc să conțină emoțiile de nestăpânit ale copilului cu răspunsuri care transmit empatie, capacitatea de a face față și aprecierea față de atitudinea intențională a copilului sunt implicați într-un proces de reglare afectivă interactivă. Prin acest proces, ei reîntăresc încrederea copilului în relația de atașament văzută ca un sanctuar sigur și ca o bază de siguranță. Recunoscând atitudinea intențională a copilului, acești părinți (care mentalizează) furnizează cărămizile pentru ceea ce va deveni capacitatea de mentalizare a copilului. Observați aici sinergia dintre reglarea afectivă, atașamentul securizant și mentalizare.

Oglindirea afectelor copilului

...precursorul oglinzii este fața mamei.
— D.W. Winnicott (1971a, p. 111)

Fonagy a observat că părinții acordați emoțional transmit empatia și capacitatea lor de a face față prin oglindirea afectului, care este atât „contingentă", cât și „marcată". Oglindirea contingentă este exactă: expresia facială și vocală a părintelui corespunde afectului copilului — și astfel expresiile afective ale părintelui devin baza pentru primele reprezentări ale propriilor afecte ale copilului. Pentru ca aceste afișări contingente să fie văzute ca reflexii ale experienței emoționale a *copilului*, și nu a părintelui, părintele trebuie să „marcheze" aceste afișări drept ceva pretins sau „ca și cum" — de exemplu exagerând afectul care este oglindit sau îmbinând afectul care deranjează cu unul care îl contrazice (Fonagy și colab., 2002).

În acest fel, răspunsurile părintelui „dau înapoi copilului propriul sine al copilului" (Winnicott, 1971a, p. 118).

Această oglindire acordată emoțional este absolut critică, pentru că „rezonând cu starea internă pe care copilul o manifestă, reflectând-o și exprimând-o", părinții îi permit acestuia să-și descopere gradual propriile emoții ca stări mentale care pot fi recunoscute și împărtășite — o descoperire care stabilește fundația reglării afectului și controlului impulsului (Allen & Fonagy, 2002, p. 11). Mai mult, văzându-se în oglinda imaginii *părinților* despre sine ca o ființă cu o atitudine intențională, copilul începe să se simtă ca un individ cu sentimente, credințe, dorințe și capacitate de *mentalizare*, care răspunde experienței nu numai în termenii realității fizice, ci și din punctul de vedere al stărilor mentale (Fonagy și colab., 1995). Probabil cel mai important lucru este că prin fenomenul de *marcare* a oglindirii copilul începe să conștientizeze că propria minte îi aparține:

> Prin fenomenul de marcare negăm ceea ce simțim, menținându-ne în același timp individualitatea. De fapt, devenim ceea ce copilul are nevoie să fim. Acesta este procesul din centrul individualității copilului aflate la început. Dacă persoana de îngrijit nu este capabilă să facă acest lucru — dacă persoana de îngrijire este prea mult ea însăși (oglindire necontingentă) sau prea mult copilul însuși (oglindire nemarcată) —, copilul nu poate dezvolta un sentiment al separării în aceeași manieră eficace (Fonagy, comunicare personală, 2006).

În sens larg, acesta este procesul — reglarea afectivă interactivă care a fost posibilă prin mentalizare la un nivel înalt de contingență într-un context relațional vital — prin care atașamentul securizant este transmis de la o generație la alta. După Fonagy, mentalizarea este cea care mediază acest proces și care are potențialul de a face capabili chiar și părinții al căror istoric de atașament este problematic de a crește copii atașați securizant.

Transmiterea intergenerațională a atașamentului nesecurizant

Fonagy identifică un număr de scenarii nefavorabile, tema comună fiecăruia fiind inabilitatea părintelui de a conține afectele de nestăpânit ale copilului. Părinții preocupați pot fi capabili să oglindească într-un mod empatic distresul copilului, nefiind însă capabili de a-i face față. Părinții „care resping" eșuează în a comunica empatic, dar reușesc să transmită un mod de a face față și un sentiment al stabilității. Există, de asemenea, părinți ale căror vulnerabilități compromit capacitatea lor de a răspunde empatic atitudinii intenționale a copilului față de stările lor mentale. În centrul acestor vulnerabilități se află propriile deficiențe de mentalizare ale părinților și anxietatea reverberantă declanșată de separarea copilului. De exemplu, o viitoare mamă mi-a spus că nu se simte confortabil în prezența bebelușilor deoarece ea era sigură că aceștia pot „să vadă prin ea". Dar ce anume se temea că ar putea vedea? Intoleranța ei disprețuitoare legată de plânsetele, toanele, deranjul și toate modurile în care aceștia ar putea să o încurce.

Când părinții sunt incapabili în mod cronic să conțină afectele dureroase ale propriului copil, acesta tinde să se comporte în moduri care reflectă o internalizare a răspunsurilor caracteristice ale părintelui, corespunzătoare acelor afecte. Să zicem că o mamă care respinge răspunde la distresul propriului copil prin ignorarea sau reprimarea acestuia. Acel copil poate să dezvolte o strategie evitantă pentru a aborda propriile afecte dureroase — cu alte cuvinte, le va evita sau reprima. De fapt, copiii părinților nesiguri „împrumută" mecanismele de apărare ale părinților și, în consecință, moștenirea nesiguranței părinților este adesea o nesiguranță asemănătoare a copilului (Fonagy și colab., 1995).

Oglindirea problematică

> *Dacă chipul mamei este apatic, atunci o oglindă este un lucru la care se poate uita, dar în care, nu.*
> — D.W. Winnicott (2003, p. 162)

Fonagy sugerează că anumite tipuri de psihopatologie pot fi asociate cu anumite eșecuri de acordare și oglindire. Când oglindirea afectivă a părintelui nu este „marcată", copilul poate să se simtă copleșit de natura contagioasă a distresului său — căci supărarea sa pare să producă doar o emoție identică în părinte. Expunerile repetate la oglindirea nemarcată pot întări modul de echivalență psihică pentru că experiența internă a copilului pare, în mod regulat, să se potrivească cu experiența externă și nu pare

să existe o cale de ieşire. Fonagy avansează teoria că acest lucru poate fi o parte din formarea patologiei borderline.

La polul opus, oglindirea necontingentă poate produce un sentiment de gol interior şi variaţii pe tema sinelui fals — pentru că ceea ce copilul este invitat să internalizeze nu este imaginea propriului sine emoţional, ci a sinelui emoţional al părintelui. Pentru că aici sunt întrerupte legăturile între experienţa internă a copilului şi reflexia acesteia în răspunsurile lumii externe, oglindirea necontingentă poate întări folosirea modului de simulare. Astfel, conform lui Fonagy, copilul care este în mod repetat expus oglindirii necontingente poate fi vulnerabil la patologia narcisistică în care grandiozitatea imaginată funcţionează ca un calmant pentru sinele gol (Fonagy şi colab., 2002).

Dincolo de conţinere

Dacă drumul de ieşire din echivalenţa psihică şi pretindere începe cu conţinerea şi reglarea afectivă, el poate conduce spre tărâmul reflecţiei, în parte prin mediul de joc. Atunci când copilul este total absorbit de joc, lumile imaginaţiei şi realităţii par total separate. Dar dacă jocul este urmărit de un părinte, un copil mai mare sau chiar un terapeut, atunci lumea pretinsă şi lumea reală încep să se suprapună. Cu un comentariu, o privire sau „o interpretare", observatorul face legături între experienţa internă şi realitatea externă, astfel încât cele două pot începe să se lege — decât să fie echivalate sau disociate. În acest fel este aşezată baza de lucru pentru mentalizare şi mai departe pentru „metareprezentare" — capacitatea de a reflecta asupra propriei experienţe interne sau a altora *doar* din punctul de vedere al naturii reprezentaţionale a acelei experienţe (Fonagy şi colab., 2002).

Fonagy a accentuat faptul că această dezvoltare apare doar într-un context relaţional şi intersubiectiv. Oglindirea afectivă discutată mai devreme este un element central al procesului intersubiectiv prin care descoperim aspecte proprii în mintea celorlalţi. Fie în decursul dezvoltării din copilărie, fie în psihoterapie, se pare că sinele psihologic, emoţional şi reflexiv este descoperit (sau probabil creat) în primul rând atunci când este recunoscut şi înţeles de către ceilalţi. Mediul optim pentru această recunoaştere şi înţelegere este, desigur, o relaţie de ataşament.

De la ataşament la intersubiectivitate

Primul seminar extins în conştientizarea intersubiectivă este de obicei efectuat împreună cu o figură de ataşament, ale cărei prezenţă şi participare sunt necesare pentru supravieţuirea copilului...
— Karlen Lyons-Ruth (1999, p. 605)

Intersubiectivitatea a devenit un concept central pentru cercetătorii şi teoreticienii psihanalişti interesaţi de copilăria mică, deşi nu există încă un consens în ceea ce priveşte semnificaţia sa. Intersubiectivitatea este văzută ca o trăsătură a condiţiei umane de la naştere, o caracteristică dobândită pe parcursul dezvoltării şi/sau o teorie a terapiei. Date fiind sensurile multiple ale cuvântului, Beebe, Knoblauch, Rustin şi Sorter (2003) au recomandat să gândim în termeni de „forme de intersubiectivitate". Pentru că, vorbind într-un sens larg, intersubiectivitatea descrie interacţiunea dintre două subiectivităţi — interfaţa a două minţi —, aceasta este un element central al dezvoltării relaţionale din copilărie şi psihoterapie, subiectul acestei cărţi.

Intersubiectivitatea înnăscută

Cercetarea copilăriei mici sugerează că forme rudimentare de intersubiectivitate sunt prezente aproape de la naştere. Se pare că suntem preprogramaţi — „interconectaţi" neurologic — pentru intersubiectivitate. (Descoperirea *neuronilor-oglindă* este o parte importantă a discuţiei care va fi tratată în capitolul 5 despre neurobiologia ataşamentului.) Andrew Meltzoff şi Colwyn Trevarthen sunt cercetătorii care au descoperit pentru prima dată la nou-născuţi ceea ce Trevarthen (1979) a numit *intersubiectivitatea primară*.

Meltzoff şi colegii săi au descoperit că, după 42 de minute de viaţă, nou-născuţii imită în mod intenţionat expresiile faciale ale adultului. Deşi iniţial în timp ce sug suzeta şi nu pot să imite, ei urmăresc faţa adultului — cu gura larg deschisă sau cu limba în afară. Apoi, în următoarele două minute şi jumătate, fără suzetă, s-a observat că ei încearcă să facă aproximări din ce în ce mai apropiate de expresia pe care au văzut-o pe faţa adultului. La şase săptămâni, copiii expuşi gesturilor faciale ale unui

adult timp de o zi vor imita aceleași gesturi ziua următoare, când se confruntă cu o față „neutră" a adultului. În mod evident, copiii foarte mici pot detecta corespondența — și pot conserva o reprezentare mentală a acesteia — dintre ceea ce *văd* pe fața altcuiva și ceea ce *simt* pe propria lor față. Această potrivire deliberată în ambele sensuri indică o capacitate extraordinar de timpurie pentru interconectarea sinelui cu alții — și pentru sentimentul dat de „sunt la fel ca tine" (Meltzoff, 1985, 1990; Meltzoff & Moore, 1998). Prin intermediul imitației și al percepției corespondenței, nou-născuții descoperă aspecte proprii în ceilalți.

Trevarthen, la fel ca Meltzoff, a găsit dovezi ale intersubiectivității în imitația neonatală. Dar în afară de imitație, Trevarthen a observat o *comunicare reglată mutual* între copil și adult: „Fiecare partener poate oglindi imediat motivațiile și scopurile companionului. Nou-născuții și partenerii lor sunt deci într-un *contact simpatetic imediat*" (Trevarthen, citat în Beebe și colab., 2003, p. 782). Baza acestui contact este capacitatea copilului aproape de la naștere de a detecta efectele contingente — adică de a recunoaște când comportamentul partenerului este (sau nu este) contingent cu acțiunile copilului și viceversa. Copiii preferă în mod categoric responsivitatea contingentă, iar capacitatea lor de a recunoaște acest tip de responsivitate face posibilă reglarea mutuală a acțiunilor comune. Conform lui Trevarthen, în mod specific prin intermediul „citirii" acestor comportamente comunicative ale fiecăruia, care se potrivesc ca timp, formă și intensitate, copiii și partenerii lor au „protoconversații" nonverbale. Aceste dialoguri prin acțiune dezvăluie o intercoordonare mutuală excepțională, care pare să reflecte o potrivire nu numai de comportamente, ci și de stări interne corespunzătoare — în special motivele și intențiile — ale sinelui și ale celuilalt (Trevarthen, 1998). Fonagy este de acord cu Trevarthen că ființele umane sunt preadaptate pentru relația de intersubiectivitate: „*Există* intersubiectivitate primară. Ne naștem crezând că mintea noastră există în alți oameni. Ne întoarcem către alți oameni pentru a vedea ce este în mintea noastră și pentru a afla ce înseamnă acele lucruri" (Fonagy, comunicare personală, 2006).

În același sens, Daniel Stern (1985) observa că bebelușii se uită la mamele lor pentru a afla despre ei — dar și pentru a afla despre ceilalți și despre lume în general. Aproximativ la nouă–douăsprezece luni de la naștere, conform lui Stern, copilul face descoperirea importantă că posedă o minte, că mama sa are o minte și că obiectul minții — experiența internă subiectivă — poate fi împărtășit. Într-un experiment clasic, un copil de un an este îndemnat să treacă peste o suprafața de sticlă destul de înfricoșătoare pentru el, pentru a ajunge la o jucărie tentantă care se află de partea cealaltă a „prăpastiei vizuale". Confruntându-se cu această situație ambiguă, copilul în mod invariabil se uită la fața mamei — și evaluarea subiectivă pe care o transmite — pentru a stabili care ar trebui să fie *propria* sa experiență subiectivă: dacă mama zâmbește, copilul pare să se simtă suficient de sigur pe el pentru a se aventura curajos; când ea se uită speriată, copilul pare supărat și se retrage. Această formă de „referință socială" implică o formă de atenție comună prin care copilul se hotărăște privind în mintea altei persoane.

Această împărtășire a concentrării atenției este unul dintre semnele distinctive ale relaționării intersubiective. Mai există încă două: împărtășirea intențiilor și, probabil cea mai importantă, împărtășirea stărilor de afecțiune. *Acordarea afectivă* este termenul lui Stern pentru procesul dublu de rezonanță emoțională și comunicare care ne permite să simțim ceva foarte asemănător cu ceea ce simte cealaltă persoană și să transmitem acesteia că am împărtășit acea experiență.

Stern a observat că pentru ca bebelușul să simtă că mama sa este acordată la stările sale interne imitarea afectelor sale de către aceasta este insuficientă, deoarece comunică un răspuns la comportamentul său, și nu la experiența sa. Pentru a transmite împărtășirea experienței bebelușului, mama trebuie să ofere un răspuns „în ambele sensuri" comportamentului emoțional expresiv al copilului. De exemplu, mama poate verbaliza în același ritm cu expresiile corporale de bucurie ale bebelușului sau își poate exprima acordarea la dezamăgirile lui prin oftaturi sonore care au același profil temporal cu plânsetul bebelușului. Potrivirea în timp, intensitatea și forma comportamentelor comunicative (aici Stern este de acord cu Trevarthen) sunt dimensiunile nonverbale prin intermediul cărora este exprimată acordarea.

Pentru Stern, *împărtășirea* intențiilor, sentimentelor și concentrării atenției definește natura experienței intersubiective a copilului și la momentul potrivit a propriei experiențe de sine. Aici întrebarea crucială a dezvoltării este ce poate și ce nu poate fi împărtășit. Răspunsul la această întrebare determină „care experiențe sunt în limitele sau dincolo de limi-

tele considerației și acceptării mutuale" (Stern, 1985, p. 208). O intenție, un sentiment sau o concentrare a atenției care produce un răspuns acordat poate fi împărtășită și astfel poate fi integrată în sentimentul de sine al copilului, pe când una care nu reușește să producă un astfel de răspuns nu poate fi nici împărtășită, nici integrată. Din acest punct de vedere, relațiile intersubiective reprezintă contextul crucial în cadrul căruia experiența subiectivă prinde formă. Așa cum spunea Stern (2004), „două minți creează intersubiectivitate. Dar în mod egal, intersubiectivitatea modelează ambele minți. Centrul de gravitate a migrat de la intrapsihic la intersubiectivitate" (p. 78).

Atașamentul, mentalizarea și intersubiectivitatea

Stern crede că atașamentul și intersubiectivitatea sunt sisteme motivaționale separate și complementare. Sistemul de atașament echilibrează nevoile noastre de siguranță conferită de proximitatea fizică și de cunoaștere pe care explorarea o face posibilă. Sistemul intersubiectiv este condus de nevoia noastră de a cunoaște și de a fi cunoscut de către alții. Dacă atașamentul există pentru a proteja „siguranța resimțită", intersubiectivitatea există pentru a promova experiența intimității psihice și sentimentul de apartenență. Ca și atașamentul, experiența intersubiectivă conferă un avantaj evoluțional de supraviețuire. Ea poate facilita formarea și funcționarea eficientă a grupurilor (inclusiv grupul format de doi îndrăgostiți). De asemenea, contribuie la formarea și menținerea identității. Deși este posibil să fii atașat fără relaționare intersubiectivă (gândiți-vă la autism) sau relaționat intersubiectiv fără atașament (gândiți-vă la o întâlnire întâmplătoare cu un străin care pare să fie un suflet pereche), în general este adevărat că atașamentul și intersubiectivitatea se amplifică reciproc (gândiți-vă la psihoterapie).

Stern vede mentalizarea ca pe o manifestare a intersubiectivității, dar cred că le privește totuși ca fiind distincte. *Mentalizarea*, așa cum sugerează și conotația cuvântului, este un proces care ne permite să înțelegem și să dăm un sens propriei noastre experiențe și celei a altora. *Relaționarea intersubiectivă*, așa cum sugerează și expresia, are mult mai puțin de-a face cu înțelegerea și sensul decât cu rezonanța, alinierea și „împărtășirea peisajelor noastre mentale" cu ceilalți. Permeabilitatea „interpenetrabilității" granițelor personale este cea care ne permite să participăm la experiența subiectivă a altor persoane. Din acest punct de vedere, acordarea afectivă, care este semnătura intersubiectivității, poate fi văzută nu doar ca o măsură de comunicare, ci și drept ceea ce Stern denumește „comuniune interpersonală" — asta însemnând să fii alături sau împreună și să împărtășești experiența subiectivă a altei persoane fără să încerci să o schimbi (Stern, 1985, 2004).

Intersubiectivitatea ca succes al dezvoltării

Trevarthen și Stern au subliniat nu numai caracterul înnăscut al intersubiectivității și originile sale în percepția corespondenței dintre propria experiență și cea a altora, dar și faptul că experiența intersubiectivă este reglată mutual. Ducând conceptul de intersubiectivitate un pas mai departe, psihanalista teoreticiană Jessica Benjamin a propus ideea că intersubiectivitatea în sensul ei deplin depinde nu numai de corespondență, ci și de diferență, nu numai de reglarea mutuală, ci și recunoașterea mutuală.

Benjamin (1990/1999) a întrebat: „Cum diferă întâlnirea dintre doi subiecți de întâlnirea dintre un subiect și un obiect?" (p. 35). Pentru a răspunde la întrebare, ea a considerat capacitatea pentru relaționare intersubiectivă drept una în evoluție și imperfect dobândită, care, la apogeul ei, face posibilă întâlnirea dintre doi *subiecți* — două centre separate, dar echivalente de inițiativă și experiență. Aceasta este o întâlnire a minților în care, așa cum a spus Benjamin, „tu știi ce simt chiar și atunci când vreau sau simt exact opusul a ceea ce vrei sau simți tu" și în care „putem împărtăși sentimente fără să-mi fie frică de faptul că, pur și simplu, sentimentele mele sunt sentimentele tale" (p. 40). Acest tip de relaționare intersubiectivă exemplifică ceea ce Benjamin a numit *recunoaștere mutuală* — adică abilitatea de a recunoaște și de a fi recunoscut de către altcineva.

Această recunoaștere este fundamentală pentru o experiență „intersubiectivă" opusă unei experiențe „intrapsihice" a celorlalți. Prima depinde de felul în care percepem cealaltă persoană ca un subiect separat și care există în mod esențial în afara câmpului nostru mental de operații. A doua implică răspunsul nostru la cealaltă persoană în special prin proiecție, identificare și alte procese intrapsihice — caz în care cealaltă persoană este în esență un obiect în lumea noastră reprezentațională, care poate fi idealizat sau devalorizat, dar nu trăit ca o persoană reală. În termenii filosofiei

„interumane" a dialogului formulate de Martin Buber (1923/1970), relaționarea intersubiectivă ține de relația „Eu–tu" marcată de mutualitate, dialog și abilitatea de a-i simți pe ceilalți în termenii lor. Spre deosebire de aceasta, relaționarea intrapsihică ne limitează la o relație „Eu–obiect", relație în care mutualitatea este absentă, impunerea substituie negocierea, iar categoriile preexistente domină experiența noastră despre alte persoane.

Pe de altă parte, Benjamin (1990/1999) (reformulându-l pe Freud) afirmă cu privire la scopurile psihoterapiei că „acolo unde sunt obiecte trebuie să fie subiecți" (p. 34). Ea crede (la fel ca și Buber) că ambele tipuri de relație — subiect/subiect și subiect/obiect — sunt necesare și că, în mod paradoxal, fiecare dintre acestea o face posibilă pe cealaltă.

Pentru a clarifica acest paradox, Benjamin (1990/1999) a urmărit dezvoltarea intersubiectivității de la primele conștientizări ale corespondenței și similarității de către nou-născut până la conflictele copilului mic dintre separare/individuație și relaționare apărute în jurul vârstei de un an și jumătate în faza de apropiere:

> Putem să spunem că începe cu „simțim acest sentiment" și apoi trece la „știu că tu, care ești altă minte, împărtășești acest sentiment identic". În perioada de apropiere totuși apare o criză pe măsură ce copilul începe să se confrunte cu diferențe — „noi doi nu vrem sau nu simțim același lucru". Răspunsul inițial la această descoperire este o prăbușire a recunoașterii dintre sine și ceilalți: „Insist în felul meu, încerc să te constrâng și drept urmare trăiesc refuzul tău ca pe o inversare a situației tu mă constrângi pe mine" (p. 40).

Repararea acestei „prăbușiri a recunoașterii" este crucială pentru începerea dobândirii capacității de recunoaștere mutuală de către copil. Dezvoltarea acestei capacități nu este, bineînțeles, un eveniment realizat într-un singur moment, ci un proces care poate fi inițiat timpuriu, dar care continuă tot restul vieții. Copilul trebuie să devină în primul rând capabil să-și afirme propria realitate și apoi să accepte realitatea opusă a celuilalt.

Urmându-l pe Winnicott, Benjamin a explicat că doar copilul care își exprimă cu convingere furia și descoperă că cealaltă persoană „supraviețuiește distrugerii" — fără să se răzbune sau să se retragă — are ocazia de a învăța că celălalt este, de fapt, un subiect separat, și nu un obiect. Aici este rezolvarea acestui paradox, că atunci când este tratată ca un obiect, cealaltă persoană poate fi descoperită ca subiect. Datorită încercării eșuate a copilului de a-și impune voința și de a o nega pe a celuilalt, copilul descoperă că diferențele nu sunt o barieră pentru împărtășirea experienței și că dialogul poate înlătura cerința ca unul să domine și celălalt să se supună. Această descoperire îi permite copilului să-și asume posesia totală a propriei subiectivități, realizând faptul că o relație poate oferi loc pentru doi — două voințe, două perspective asupra realității, doi subiecți.

Observați că recunoașterea mutuală și mentalizarea sunt concepte înrudite. Fără să facă referință la discuția lui Benjamin despre subiecți și obiecte, Fonagy face o distincție care este similară cu a acesteia, sugerând că atunci când mentalizăm răspundem celorlalți nu ca *obiecte*, ci ca *persoane*.

Intersubiectivitatea ca teorie a psihoterapiei

Benjamin recunoaște meritul lui Robert Stolorow și al colegilor săi pentru introducerea termenului de „intersubiectivitate" în arena teoriilor clinice. Caracterizându-și propria muncă drept o expansiune a psihologiei psihanalitice a sinelui, ei descriu intersubiectivitatea în contextul psihanalitic ca „domeniul psihic specific constituit la intersecția a două subiectivități — cea a pacientului și cea a analistului" (Stolorow, Brandschaft & Atwood, 1987, p. 1). În mod similar, în *„A Primer of Clinical Intersubjectivity"*, Natterson și Friedman (1995) afirmau că „intersubiectivitatea este un termen larg care se referă la influența reciprocă a subiectivităților conștiente și inconștiente a două persoane aflate într-o relație" (p. 1).

În timp ce acești scriitori au folosit cuvântul „intersubiectivitate" în legătură cu o anumită abordare a tratamentului, eu îl privesc mult mai larg, drept cel mai bun „termen umbrelă" pentru cercetările clinice inestimabile care au prins contur în ultimii 20 de ani, care evocă, dar și extind insight-urile fertile clinic ale teoriei atașamentului și ale cercetării copil–părinte. Adesea descrisă prin termeni ca „teoria intersubiectivității", „psihanaliza relațională" sau „constructivism social", aceste aspecte luate din practica clinică au dus la o schimbare de paradigmă în domeniul clinic, dându-ne astfel noi instrumente pentru a lucra cu experiența „neverbalizabilă" pe care cercetarea atașamentului a identificat-o ca având

un rol cu adevărat central. În centrul acestei schimbări este respingerea idealului terapeutului anonim ca observator obiectiv. În locul ei a trecut recunoașterea implicării noastre inevitabile în treceri la act care reflectă vulnerabilitățile interconectate ale pacientului și terapeutului — și provocarea de a transforma aceste potențiale obstacole în oportunități pentru vindecare.

Atașamentul și intersubiectivitatea în relația de vindecare

Insight-urile marcante ale lui Bowlby, asemenea cercetărilor lui Ainsworth, Main și Fonagy, au indicat centralitatea absolută a relațiilor de atașament ca un creuzet în care personalitățile noastre prind contur. Prin urmare, relațiile de atașament pot constitui cadrul în care — în dragoste sau psihoterapie — rănile noastre emoționale timpurii au probabilitatea de a fi vindecate. Astfel, terapeutul poate fi o nouă figură de atașament, în raport cu care pacientul poate dezvolta noi tipare de atașament.

Fonagy, încercând să facă o legătură între cercetarea atașamentului și experiența clinică, a accentuat importanța de a ajuta pacientul să găsească imaginea lui în mintea terapeutului ca o ființă care gândește și simte. Din această perspectivă, psihoterapia „merge" prin generarea unei relații de atașament securizant în care capacitățile de reglare ale afectului și mentalizarea pot să se dezvolte. Pentru Fonagy acest tip de relație trebuie să fie una intersubiectivă în care pacientul ajunge să se cunoască, pe parcursul procesului de a fi cunoscut de către celălalt.

Fonagy nu este singurul clinician/cercetător care a încercat să stabilească o legătură între domeniile atașamentului, intersubiectivității și psihoterapiei. Astfel, Beebe (2004), Beebe și Lachmann (2002), Beebe și colab. (2003), Fosha (2000, 2003), Holmes (1996, 2001), Seligman (2000, 2003) și Slade (1999, 2000) au avut toți contribuții semnificative pentru a ne ajuta în înțelegerea rolului relațiilor de atașament intersubiective în dezvoltarea copilului. Un merit special îl au probabil contribuțiile apărute dintr-un efort de colaborare lansat de Daniel Stern în 1995.

În acea perioadă, Stern a adus împreună numeroși cercetători ai dezvoltării umane și psihanaliști (dintre care se remarcă Karlen Lyons-Ruth, Louis Sander și Edward Tronick) pentru a forma ceea ce este denumit acum Grupul de Studiu al Procesului de Schimbare [Change Process Study Groups] (GSPS) (Stern și colab., 1998; Lyons-Ruth & Boston Change Process Study Group, 2001; Boston Change Process Study Group, 1998, 2002, 2005). Bazându-se pe concluziile lui Stern că ființele umane sunt „interconectate" pentru intersubiectivitate, munca acestui grup a accentuat importanța de a înregistra în copilărie și în psihoterapie nuanțele interacțiunilor pentru a putea înțelege dezvoltarea. În mod particular, ei s-au concentrat pe procesul adesea neverbalizat, cocreat și implicit prin care apare schimbarea atât în relația copil–părinte, cât și în cea pacient–terapeut. Din punctul lor de vedere, relația terapeutică mai degrabă *trăită*, decât cea analizată, este principala intervenție terapeutică. Însuși Stern, probabil revenind asupra preocupărilor sale inițiale legate de acordarea afectivă ca formă de comuniune intersubiectivă, a afirmat recent că urmărirea înțelesului poate scurtcircuita profunzimea experienței — în special experiența întâlnirii intersubiective dintre pacient și clinician care poate produce câteodată, ea însăși, cea mai semnificativă schimbare terapeutică. Fără să se refere în mod direct la meditare, Stern subliniază în această conexiune concentrarea absolută a atenției asupra momentului prezent (Stern, 2004).

La examinarea atentă a șirului de contribuții aduse, iese la iveală schița unei abordări integrate a tratamentului care umple golurile mari lăsate în dimensiunea clinică a teoriei atașamentului. Elaborată în capitolele următoare, această abordare situează noua relație de atașament în centrul activității terapeutice. În contextul acestei relații intersubiective cocreate, comunicarea implicită și neverbalizată joacă un rol crucial în a ne permite să recunoaștem, iar pe pacient să reexamineze aspectele neterminate ale dezvoltării. La fel de important este faptul că putem structura relația terapeutică astfel încât ea poate să funcționeze ca un incubator pentru capacitățile mai mult sau mai puțin dezvoltate ale pacientului de a simți, a gândi și a iubi liber. Winnicott (1965) scria: „Caracteristica procesului de maturizare este tendința către *integrare*" (p. 239). Dacă reușim cumva să reaprindem această tendință în pacient, atunci noua relație de atașament devine transformatoare.

Relațiile de atașament și dezvoltarea sinelui

În creuzetul primelor relații ale copilului, în bine sau în rău, este conturat pentru prima dată sinele. Pentru pacienții a căror dezvoltare sănătoasă a fost deviată de eșecuri în aceste relații formatoare, psihoterapia poate recrea o matrice interactivă a atașamentului în care sinele poate fi vindecat. Din punctul de vedere al suprapunerii dintre ceea ce este asigurat de părintele responsiv senzitiv și terapeutul acordat empatic, munca noastră de clinicieni poate fi întărită în măsura în care înțelegem procesul de schimbare din copilărie.

Această înțelegere necesită un bilanț amănunțit al fațetelor sinelui — atât neurobiologic, cât și psihologic — care iau naștere pe parcursul dezvoltării și care stabilesc decorul pentru experiența de viață care va urma. Așa cum urmează să vedem, traiectoria dezvoltării târzii este conturată în mod special de modurile în care copilul învață pentru prima dată (sau nu reușește să învețe) să facă față emoțiilor dificile. Relațiile de atașament reprezintă școala în care această metodă de învățare emoțională apare pentru prima dată. Identificând tipare timpurii de reglare afectivă interactivă atât sigure, cât și nesigure, cercetarea atașamentului ne crește abilitatea ca terapeuți de a genera o relație cu pacientul care facilitează dezvoltarea, relație în care reluăm experiențe vechi și cocreăm altele noi în același timp.

Capitolul 5 descrie dimensiunile multiple ale sinelui care sunt inițial conturate — și pot fi ulterior remodelate — într-un context de atașament. Capitolul 6 rezumă cercetările care documentează varietățile de experiențe de atașament din copilărie și până în perioada adultă și ne dezvăluie o bază evocatoare unică pentru a înțelege originea, sensul și impactul ale fiecăreia dintre cele patru stări mentale primare cu privire la atașament. Capitolul 7 începe să construiască punți de legătură între cercetarea atașamentului și practica în clinică, centrându-se pe reglarea afectivă, relația de atașament cocreată și calitățile comunicării colaborative care favorizează cel mai eficient siguranța atât în copilărie, cât și în psihoterapie.

Dimensiunile multiple ale sinelui

În fiecare dintre noi, ansamblul corpului, creierului și minții interacționează pentru a genera punctul de referință intern relativ stabil cunoscut sub denumirea de *sine*. Aceasta este partea din ființa umană care *trăiește* viața — dar în același timp o și modelează — atât inconștient, cât și conștient. Sinele poate fi, de asemenea, descris în termenii unei grupări speciale de modele mai mult sau mai puțin durabile care determină caracterul responsivității noastre unice la experiență. Caracterul prezent al sinelui va varia în funcție atât de istoria noastră, cât și de contextul actual. Istoria care are cea mai mare influență aici este, bineînțeles, istoria relațiilor de atașament care au format sinele.

Domeniile experienței de sine

Impactul relațiilor de atașament se înregistrează în domeniile intercorelate și într-adevăr suprapuse ale corpului, emoțiilor și lumii reprezentaționale, modelând atitudinea sinelui față de experiență în fiecare dintre acestea. Aceste domenii sau dimensiuni ale sinelui sunt legate și se influențează reciproc în așa măsură încât diferențierea lor poate fi o problemă dificilă: senzațiile somatice sunt o componentă a emoțiilor care modelează reprezentările, care influențează la rândul lor calitatea senzațiilor, emoțiilor și reprezentărilor ulterioare. Totuși, în ciuda acestui cerc sau a acestei suprapuneri, identificarea domeniilor separate ale sinelui are o valoare clinică considerabilă, în parte pentru că ajută la clarificarea naturii integrării (sau lipsei de integrare) pe care pacienții (și clinicienii) o aduc în relația terapeutică.

În mare parte, particularitățile istoriei de atașament sunt cele care determină cât de ușor pot fi accesate și integrate diferitele dimensiuni ale

sinelui. Cât de mult pot pacienții să-și simtă senzațiile corporale, să-și simtă emoțiile, să-și gândească propriile gânduri? Și cât de eficient pot să integreze aceste domenii — de exemplu, gândurile lor să aibă un efect asupra sentimentelor? Răspunsurile la astfel de întrebări pot ajuta la clarificarea celor mai mari nevoi pe care pacienții noștri le au de la noile relații de atașament pe care încercăm să li le asigurăm.

Sinele somatic

...eul este înainte de toate o entitate corporală.
— Sigmund Freud (1923/2000, p. 230)

Experiențele inițiale ale copilului cu siguranța se înregistrează în corp: o senzație de sațietate satisfăcută după masă; o stare de somnolență plăcută care face trecerea spre somn în brațele mamei; o senzație de rece care provoacă lacrimi atunci când este schimbat scutecul într-o cameră răcoroasă. Daniel Stern (1985) a observat în *The Interpersonal World of the Infant* că „sinele central" ia naștere din experiența timpurie a bebelușului a „invarianților sinelui", în centrul căreia se află propriul corp și propriile limite ale bebelușului. Neurobiologul Antonio Damasio (1999) a susținut, de asemenea, „remarcabila invarianță a structurilor și operațiilor corpului" (p. 135) ca sursă a stabilității atât de importantă pentru experiența sinelui.

Bowlby, de asemenea, a bazat teoria atașamentului pe biologia evoluționistă, afirmând că ideea de căutare a proximității față de persoana de îngrijit de către copil își are rădăcinile în nevoia de protecție corporală. Cercetările ulterioare au arătat că proximitatea continuă față de figura de atașament servește efectiv la reglarea funcționării interne a corpului copilului, iar dovezile sugerează faptul că tocmai calitatea relației de atașament — securizantă sau nesecurizantă — influențează modul în care fiziologia în dezvoltare a copilului modelează responsivitatea sinelui corporal la experiență. De exemplu, bebelușii siguri ai mamelor responsive senzitiv au un prag mai mare pentru activarea răspunsurilor fiziologice de stres decât copiii nesiguri ai mamelor care resping, ai celor preocupate și, în special, ai celor cu traume nerezolvate (Polan & Hofer, 1999; Lyons-Ruth, 1999).

Astfel, sentimentul original al sinelui își are rădăcinile în experiența somatică, a cărei natură depinde în mare parte de calitatea relațiilor de atașament timpurii. Această experiență conturează sinele pe parcursul primelor luni și ani de viață, având adesea consecințe durabile. Poate permite experienței corporale să fundamenteze, să informeze și să îmbogățească sinele de-a lungul întregii vieți. În caz contrar, experiența corporală poate fi negată, disociată sau distorsionată — corpul însuși poate fi exploatat sau atacat din nenumărate motive psihice. Pentru că experiența pacientului legată de corp este fundamentală și pentru că prinde formă într-un context relațional, tratamentul orientat pe atașament trebuie să includă o concentrare pe sinele somatic. Cum poate fi integrat corpul într-o „cură prin cuvânt" este o problemă pe care o vom aborda când vom explora rolul experienței nonverbale în dezvoltare și în psihoterapie.

Sinele emoțional

Sentimentele de durere și plăcere sau unele aflate între ele sunt pietrele de temelie ale minților noastre.
— Antonio Damasio (2003, p. 3)

Când Sroufe și Waters (1977a) au integrat „siguranța resimțită" în proximitate ca scop al atașamentului, ei au subliniat în mod explicit centralitatea emoției pentru atașament. Într-adevăr, *sentimentul de siguranță* este cel mai important chiar și față de proximitate — pentru că bebelușul poate fi în apropierea fizică a figurii de atașament fără să se simtă în siguranță. Dincolo de copilăria mică, ceea ce *simțim* rămâne central pentru ceea ce simțim că *suntem*.

Bowlby (1988) a pus accentul pe primatul emoției[1] atunci când a descris schimbul de afecte ca „unic mijloc de comunicare pe care îl avem" în primii ani de viață (p. 157). Daniel Stern (1985) este de aceeași părere cu Bowlby, dar merge un pas mai departe, notând că, „devreme în viață, afectele sunt atât mediul primar, cât și subiectul primar în comunicare"

1 Deși unii autori folosesc termenii „emoție", „afect" și „sentiment" ca având același sens, eu prefer să folosesc cuvântul „emoție" atunci când mă refer la categoria care cuprinde excitația psihofiziologică și responsivitatea la experiență, iar termenul de „afect" îl rezerv pentru a descrie felul în care arată emoția din afara corpului și cel de „sentiment" pentru a descrie felul în care emoția este simțită în interiorul corpului (vezi Rothschild, 2000; Nathanson, 1992; Siegel, 1999; Damasio, 2003).

(pp. 132–133). Allan Schore (1994) rezumă totul succint: „Centrul sinelui se află în modelele de reglare a afectului" (p. 33).

Răspunsurile emoționale sunt fundamentale pentru dezvoltarea sentimentului de sine cel puțin din trei motive. În primul rând, așa cum spunea Bowlby (1969/1982) în volumul de deschidere a trilogiei sale *Attachment*: „Emoțiile sunt... *aprecierile intuitive* ale individului ale propriilor stări organice... sau ale succesiunii de situații din mediu în care el se găsește" (p. 104; accentuări adăugate).

În al doilea rând, așa cum este sugerat de etimologia cuvântului (în latină motore înseamnă a merge), emoțiile produc acțiuni — câteodată prin declanșarea sistemelor comportamentale înnăscute, incluzând, printre altele, sistemul de atașament. Aprecierile emoționale au valoare de supraviețuire, conform lui Bowlby, pentru că ele facilitează luarea unor decizii imediate — de exemplu, a lupta sau a fugi. Construite pe un model evoluționist, anumite emoții pot declanșa automat diferite tendințe de acțiune: furia declanșează confruntare sau inhibiție, frica declanșează fugă sau paralizie fizică, neajutorarea declanșează colaps și așa mai departe (Van der Kolk, 2006; Damasio, 1999).

În al treilea rând, emoțiile sunt întotdeauna conectate cu corpul. Senzațiile corporale sunt prima formă pe care o iau emoțiile, iar emoțiile sunt de obicei exprimate prin corp. Când simțim emoții, simțim (sau ne imaginăm) ce se întâmplă în corpul nostru (Damasio, 2003). După cum a sugerat într-un mod provocator William James (1884), corpurile noastre nu fug de pericol pentru că ne este frică — ci mai degrabă ne este frică deoarece corpurile noastre fug. Fundamentate în corp, emoțiile se infiltrează și frecvent domină experiența noastră subiectivă. Când sunt resimțite într-un mod intens, adesea păcălesc și cuceresc analiza rațională și capacitatea de luare a deciziilor.

Emoțiile reprezintă procesul prin care apreciem într-un mod *visceral* calitatea bună sau rea a experienței pe care o întâlnim — și în mare măsură pe baza acestor aprecieri decidem (conștient sau inconștient) cum vom acționa. Într-un sens mai larg, emoțiile noastre pot asigura un sistem intern de valori care ne ajută de-a lungul vieții să atribuim sens experienței noastre și să alegem cum să continuăm (Siegel, 1999).

Fonagy și colab. (2002), Schore (2003) și alții au propus faptul că reglarea emoțiilor este fundamentală pentru dezvoltarea sinelui și că relațiile de atașament sunt contextul primar în care învățăm să ne reglăm afectele — adică să accesăm, să modulăm și să ne folosim emoțiile. Modelele relaționale care caracterizează primele noastre atașamente sunt, în mod fundamental, modele de reglare afectivă care ulterior au o mare importanță în stabilirea naturii responsivității noastre unice față de experiență — adică a naturii sinelui. În mod corespunzător, în noua relație de atașament pe care terapeutul încearcă să o genereze, emoțiile pacientului au un rol central, iar reglarea lor eficientă — care le permite să fie simțite, modulate, comunicate și înțelese — este de obicei chiar în centrul procesului care-i permite pacientului să se vindece și să crească.

Sinele reprezentațional

...ideea unui model existent în creier este că acesta constituie o jucărie, care este totuși o unealtă, o lume a imitației, pe care o putem manipula în modul care ni se potrivește nouă cel mai bine și astfel descoperim cum să manipulăm lumea reală, pe care se presupune că o reprezintă.

— J.Z. Young (1964, citat în Bowlby, 1969/1982, p. 80)

Bowlby a argumentat că este o necesitate a evoluției să avem o lume reprezentațională care să o înfățișeze pe cea reală: pentru a funcționa eficient am avut nevoie (și încă avem nevoie) de cunoștințe despre lume și noi înșine, iar aceste cunoștințe trebuie să fie portabile. Extragem aceste cunoștințe din amintirile experiențelor din trecut și le folosim pentru a prevedea experiențele prezente și viitoare. Deci modelul intern de lucru. Dar harta, așa cum spun ei, nu este teritoriul.

Modelele de lucru ale relațiilor noastre de atașament sunt selective, mostre mai mult sau mai puțin reprezentative ale experienței relaționale trăite. În cadrul teoriei lui Daniel Stern (1985), ele sunt compuse din „reprezentări ale interacțiunilor care au fost generalizate" (p. 97). De-a lungul vieții noastre ele continuă să ne asigure o orientare fundamentală sau o calitate a responsivității față de experiență.

Dacă relațiile noastre inițiale au fost securizante, rezultatul poate fi o capacitate de a răspunde — adică de a gândi, de a simți și de a acționa — cu deschidere și flexibilitate. În acest caz, putem modifica reprezentările vechi din perspectiva noilor experiențe. Astfel de reprezentări maleabile

pot fi folosite, împreună cu sentimentele noastre, ca ghiduri în modelarea adaptativă a alegerilor noastre conștiente. Pe de altă parte, dacă relațiile noastre formative au fost marcate de evitare, ambivalență sau dezorganizare, capacitatea noastră pentru „flexibilitatea răspunsului" (Siegel, 1999), asociată cu astfel de reprezentări modificabile, va fi compromisă.

Cel mai important lucru este probabil măsura în care atașamentele noastre timpurii ne-au asigurat (sau nu) experiența relațională a unei baze de siguranță și deci fundația pentru o reprezentare mentală a unei baze sigure *internalizate*. Această reprezentare internă ne permite să restabilim echilibrul emoțional, în anumite momente, prin obținerea unui contact *simbolic* cu figurile de atașament care cresc siguranța, fără a fi necesară căutarea proximității fizice (Mikulincer & Shaver, 2003; Holmes, 2001). Atunci când putem să ne îndreptăm (conștient sau nu) către o astfel de prezență internă liniștitoare, câștigăm un anumit grad de reziliență — și o încredere pentru a ne explora pe noi înșine și întreaga lume — care lipsește sau este diminuată atunci când nu avem o bază de siguranță internalizată.

Din prisma teoriei relațiilor de obiect, dezvoltarea reprezentărilor mentale care „lucrează" presupune două procese fundamentale: diferențierea și integrarea (Kernberg, 1984). *Diferențierea* creează limite psihice, în special între sine și ceilalți și între lumea internă și realitatea externă. O reprezentare de sine bine diferențiată ne permite să funcționăm autonom fără să simțim că suntem definiți de sentimentele pe care le au ceilalți despre noi. În ceea ce privește partea problematică, o lipsă a diferențierii între interior și exterior, între lumea mentală și cea fizică, este exact ceea ce marchează modul de echivalență psihică care îi subminează pe mulți dintre pacienții noștri atașați nesigur. *Integrarea* implică sinteză și conectare. Reprezentările integrate despre noi înșine și despre alții ne fac capabili să aducem împreună experiențe contradictorii emoțional — de exemplu, putem să iubim pe cineva chiar dacă suntem furioși pe el. Integrarea este cea care favorizează echilibrul și o conștientizare a nuanțelor și a complexității experienței. Fără reprezentări integrate, suntem vulnerabili la a ne trăi pe noi și pe alții în termeni extremi și simpliști: cu totul buni sau cu totul răi, eroi sau răufăcători.

Așa cum rădăcinile *sinelui emoțional* se regăsesc în experiența corporală, *sinele reprezentațional* este legat în mod fundamental de experiența emoțională, adesea această legătură având o natură foarte puternică. Așa cum Bowlby a menționat (1969/1982), experiențele de atașament și/sau ruperea acestuia duc la evocarea celor mai intense sentimente. Astfel, reprezentările noastre despre noi, despre alții sau despre relații nu au doar o componentă emoțională puternică; în majoritatea cazurilor sunt de fapt *dominate*, în afara conștienței, de emoțiile care stau la baza lor.[2]

În mare parte, dimensiunea emoțională *inconștientă* a reprezentărilor noastre interne este cea care le face rezistente la reevaluare. Dacă, spre exemplu, am învățat prin interacțiunile noastre formative că a fi alături de cineva este riscant, atunci au fost instituite mecanismele de apărare pentru a ne ține în starea de a nu fi conștienți de nevoia noastră de apropiere; pur și simplu nu suntem motivați să facem legăturile pentru o apropiere care, dacă ar avea succes, ar modifica modelul nostru vechi de atașament (evitant) într-unul mai securizant. În același fel, pentru că emoțiile implică semnale corporale atât față de alții, cât și față de noi înșine, așteptările noastre de a fi respinși în încercarea de a ne deschide spre ceilalți se pot transforma în sentimente de frică și furie, ale căror manifestări corporale inconștiente provoacă exact respingerea pe care modelul nostru intern de lucru ne-a făcut s-o așteptăm. Așa cum și Bowlby și Main au accentuat, modelele de lucru — în special cele de nesiguranță — tind să aibă o calitate de autoperpetuare. Nuanțate preverbal, în perioada inițială a relațiilor de atașament, aceste reprezentări interne exercită în mod inevitabil o influență puternică și în mare parte inconștientă asupra felului de dezvoltare a sinelui.

Este vital pentru terapeuți să fie conștienți că astfel de reprezentări există în domenii multiple, care interacționează. Așa cum Main a sugerat, modelele interne de lucru înregistrează sau encodează experiența nu numai în imagini care pot fi vizualizate sau credințe care pot fi verbalizate — adică în simboluri —, ci și în „reguli" care determină ceea ce putem sau nu putem să facem, inclusiv gânduri, sentimente, dorințe sau amintiri (Main și colab., 1985; Main, 1991). Alți cercetători ai atașamentului s-au concentrat ulterior pe ceea ce Karlen Lyons-Ruth (1999) a numit *reprezentări acționale*. Acestea sunt reprezentări presimbolice ale experienței care se

2. În această ordine de idei, Bucci (2003) a dezvoltat subiectul „nucleului afectiv" al reprezentărilor noastre interne sau al modelului intern de lucru — ținând cont de ceea ce le produce — pentru care și-a preferat termenul de „scheme emoționale".

exprimă doar în acțiuni sau interacțiuni — adică în „proceduri" sau moduri de a fi, în special moduri de a fi cu ceilalți. De exemplu, deși nu ne putem aminti copilăria, putem pune în act, ca părinți, anumite fațete ale acesteia cu copilul nostru. În sfârșit, din afara domeniului atașamentului, investigatorii traumei (Van der Kolk, 1996) și cei de neuroștiințe (LeDoux, 1996) au discutat *amintirile somatice* și *emoționale* care encodează experiențele sub formă de senzații fizice și reacții afective.

Înțelegerea acestor forme variate de reprezentare — corporală, emoțională sau acțională, precum și simbolică — are o semnificație clinică enormă. În terapie, scoaterea la lumină a reprezentărilor care au stat în umbră, ca amprente invizibile ale trecutului, poate oferi pacienților mai multă libertate să simtă, să gândească și să acționeze în prezent. Acestea sunt aspecte pe care am să le reiau în detaliu în capitolele ce tratează experiența nonverbală. Deocamdată, este suficient să spunem că pentru a face explicite aceste reprezentări implicite — și astfel să le facem un subiect potențial al influenței integratoare a reflecției conștiente — terapeuții trebuie să se acordeze la pacienții lor din punct de vedere corporal, emoțional, acțional, precum și din punctul de vedre al comunicării lingvistice.

Desigur, ceea ce este adevărat aici pentru pacienți este în egală măsură valabil și pentru terapeuții lor. Doar când reprezentările experienței noastre sunt clarificate de conștientizare le putem pune sub semnul întrebării. Fără înțelegerea pe care conștientizarea o face posibilă, suntem la fel de vulnerabili ca pacienții noștri în a crede orice am putea gândi sau simți în orice moment — în mod particular când valurile emoționale ale momentului sunt puternice. Într-o astfel de stare nonreflexivă suntem pur și simplu prinși sau scufundați în experiența noastră subiectivă. În consecință, privați de o perspectivă mai largă, nu reușim să prindem natura *reprezentațională* esențială a experienței mentale și rămânem prizonieri ai realității (ceea ce credem noi a fi realitate).

Sinele reflexiv și sinele meditativ

În timp ce dimensiunile corporale, emoționale și reprezentaționale ale sinelui sunt inerente ființei umane și astfel accesibile aproape fiecăruia dintre noi, domeniile sinelui reflexiv și meditativ sunt doar *potențial* accesibile. Totuși aceste posibilități sunt de importanță critică, pentru că în diferite moduri mentalizarea și meditarea sunt asociate cu o bază de siguranță internalizată, care asigură explorarea și reziliența. Mai mult, amândouă sunt capabile să favorizeze insight-ul și empatia, reglarea afectului, simțul de a fi agent al acțiunii, libertatea interioară și abilitatea de a răspunde cu flexibilitate adaptativă circumstanțelor complexe, adesea dificile, cu care ne confruntăm în timpul vieții. Astfel, mentalizarea și meditarea sunt căi către eliberarea psihică.

Așa cum s-a discutat anterior, sinele nostru reflexiv sau care mentalizează se naște, în general, dintr-o relație în care experiența cu o figură de atașament ca o bază de siguranță ne face posibilă explorarea în siguranță a lumii, inclusiv a lumii interne. Așa cum Diana Fosha (2003) sugerează, percepția „de a fi înțeles și de a avea sentimentul că exiști în mintea și sufletul unei persoane stăpâne pe sine, iubitoare, ocrotitoare și acordate" (p. 228) este ceea ce ne dă șansa să fim cunoscuți ca o persoană, și nu ca un obiect — adică o ființă al cărei comportament are sens prin intermediul sentimentelor, intențiilor și credințelor care stau la baza lui. Crescând alături de cineva care poartă în minte mintea noastră, ne echipează ca „agenți mentali" (Fonagy și Target, în presă) care putem încerca intenționat să dăm un sens experienței subiective, astfel încât să fim capabili mai degrabă să ne confruntăm cu aceasta decât să ne simțim copleșiți sau izolați de ea. Lipsindu-le în copilărie o relație care ar fi putut susține o astfel de autoritate mentală, mulți dintre pacienții noștri rămân copleșiți sau înstrăinați de propria experiență internă. Ca terapeuți, în mare parte abilitățile noastre de mentalizare sunt cele care înlesnesc asigurarea pentru acești pacienți a unui fel de relație — o nouă relație de atașament — în care propria lor capacitate de a dezvolta un sine reflexiv poate fi hrănită.

Pe o altă cale, meditarea (la fel ca mentalizarea) ne permite să fim prezenți la propriile experiențe, în loc să ne lăsăm copleșiți sau disociați de aceasta. Dacă procesul de mentalizare promovează libertatea internă făcându-ne capabili să acționăm ca agenți mentali, meditarea facilitează această libertate făcându-ne capabili să acționăm ca „agenți atenționali". Exersarea unei atenții voluntare, susținute și noncritice, asupra experienței în aici-și-acum schimbă acea experiență — adâncind-o și „ușurând-o": adâncind-o deoarece putem fi mult mai pe deplin prezenți, acceptanți și complienți, ușurând-o deoarece conștientizarea centrată în prezent este mai puțin împovărată de greutatea trecutului și a viitorului și mai puțin

îngreunată de rușine și frică. O astfel de conștientizare poate fi benefică în multe moduri. Ea contribuie la reglarea emoțiilor dificile. De asemenea, încearcă să dezautomatizeze modele de răspuns comportamental (Engler, 2003, Martin, 1997; Safran și Muran, 2000), facilitându-ne „trezirea" și experimentarea lumii din nou — ca și când am avea „mintea unui începător" (Suzuki, 1970). Mai mult, așa cum am sugerat în capitolul 1, sinele meditativ are tendința să devină din ce în ce mai identificat cu conștientizarea însăși, și nu cu gândurile, sentimentele sau senzațiile de care suntem conștienți. Această identificare cu conștientizarea — în cele din urmă o experiență de lipsă a sinelui care reduce nevoia de a proteja sinele (personal) — poate întări sentimentul nostru de a avea o bază de siguranță internalizată. În cele din urmă meditarea aduce mintea la tăcere. Micșorând volumul activității mentale parazitare, amplifică receptivitatea semnalelor din orice domeniu al sinelui. Experiențele sinelui meditativ sunt deci nu numai integrate, ci, de asemenea, și integratoare: ele încurajează conexiunile adaptative între diferite aspecte ale sinelui și între sine și ceilalți.

Astfel înțeleasă, meditarea poate fi văzută ca o resursă terapeutică vitală care — asemenea mentalizării — întărește și este întărită de noua relație de atașament pe care încercăm s-o generăm. Cum să cultivăm aceste abilități complementare la pacienții noștri și la noi înșine este un subiect pe care îl voi dezvolta în capitolele următoare despre atitudinea sinelui față de experiență.

Neurobiologia atașamentului

...rolul evolutiv al relației de atașament este mult mai complex decât simpla protecție fizică a nou-născutului. Atașamentul asigură ca procesele cerebrale care deservesc cogniția socială să fie organizate în mod corespunzător și pregătite să echipeze individul pentru o existență cooperantă și colaborativă cu alții pentru care creierului a fost creat.

— Peter Fonagy și Mary Target (2006)

Pentru că tiparele psihice sunt și tipare de organizare neuronală și pentru că și creierul, la fel ca mintea, se dezvoltă în creuzetul relațiilor de atașament, o familiarizare cu bazele neuroștiințelor contemporane ne poate îmbogăți înțelegerea dimensiunilor multiple ale sinelui. Ultimii zece ani ai secolului 20 au fost numiți „decada creierului", datorită exploziei cercetărilor din neuroștiințe care s-au desfășurat în această perioadă. Tehnologiile neuroimagistice inovatoare au extins cunoștințele noastre despre structura și funcționarea creierului atât de rapid încât au început să facă posibilă realizarea visului lui Freud (1895–1966) din „Proiect de psihologie științifică" — în care susține că psihicul ar putea într-o zi să-și găsească bazele în elemente de neurofiziologie.

Atașamentul, experiența și creierul

Cele mai puternice legături conceptuale dintre creier și minte — și dintre neuroștiințe și psihoterapie — au fost create de Allan Schore (1994, 2002, 2003) și Daniel Siegel (1999, 2001, 2006). Important este faptul că fiecare scriitor își stabilește baza înțelegerii dezvoltării psihice și cerebrale pe fundația cercetării relației de atașament. Schore (2002) afirmă fără echivoc că dezvoltarea atât psihică, cât și *neurologică* sănătoasă în copilăria timpurie se sprijină pe responsivitatea armonizată a figurilor de atașament: „Creierul copilului nu este doar afectat de aceste interacțiuni; dezvoltarea lui are nevoie efectiv de interacțiuni creier/creier și apare în contextul unei relații pozitive între mamă și copil" (p. 62). Atunci când copilul iese din pântecul mamei, creierul său — compus din miliarde de celule numite neuroni — este cel mai puțin diferențiat dintre toate organele corpului. Asigurarea dezvoltării creierului depinde în mare parte de cum „maturizarea programată genetic a sistemului nervos" este modelată de experiența interpersonală (Siegel, 1999, p. 2). Atunci, atât din punct de vedere neurobiologic, cât și psihologic, experiența cea mai importantă și cu cea mai mare influență este cea care apare, spre bine sau spre rău, în contextul relațiilor de atașament.

Siegel arată că ceea ce se înregistrează la nivel mental și corporal ca „experiență" corespunde la nivel neuronal cu modele de activare sau declanșare a celulelor cerebrale. Aceste tipare de declanșare neuronală stabilesc conexiuni sinaptice în creier care determină natura structurii și funcționării sale. Parafrazându-l pe neuroanatomistul Donald Hebb, Siegel (1999) scrie că „neuronii care se declanșează împreună sunt conectați" (p. 26). Arhitectura creierului este asociativă: când stimulii primiți (atingerea

sensibilă a mamei, vocea ei liniștitoare și expresia ei de calm) declanșează activitatea în creierul bebelușului, acei neuroni care se declanșează sincronizați se conectează, stabilind o „rețea neuronală" care asociază oricare sau toți acești stimuli maternali cu un sentiment de siguranță. În acest mod, experiența — în mod special experiența repetată — formează „circuitele" creierului. Creierele tinere sunt construite să învețe de la cele mai bătrâne și relațiile de atașament reprezintă cadrul în care debutează cea mai mare parte a acestei cunoașteri. Astfel, conexiunile relaționale devin conexiuni neuronale care influențează la rândul lor responsivitatea sinelui la experiențe noi. Absența conexiunilor relaționale — să spunem între un părinte care respinge și un copil aflat în distres — poate împiedica dezvoltarea conexiunilor neuronale, limitând astfel abilitatea copilului de a-și simți propriile emoții. Schore și Siegal au o teorie convingătoare — una susținută de propria-mi experiență clinică — cum că familiarizarea cu bazele neuroștiințelor și impactul relațiilor timpurii asupra creierului pot ajuta terapeutul să-și ajute mai eficient pacienții.

Structura creierului

Să începem cu fundamentele. Într-una dintre cele mai simpliste analogii, creierul poate fi văzut ca echivalentul neuronal al unui ansamblu duplex de trei etaje, două clădiri una lângă alta, a căror structură este împărțită de sus în jos, pe mijloc (creierul drept, creierul stâng) și ale căror trei niveluri (trunchiul cerebral, sistemul limbic și neocortexul) sunt construite unul peste celălalt de jos în sus.

Trunchiul cerebral

În cursul evoluției și al dezvoltării individuale, nivelul cel mai de „jos" sau baza — trunchiul cerebral — este primul care apare. Deja activ în pântece și complet operațional la naștere, trunchiul cerebral datorează mai puțin experienței și învățării decât oricare altă regiune a creierului. Așezat deasupra coloanei vertebrale, trunchiul cerebral asigură mecanismele neurale necesare pentru a regla funcțiile fizice de bază (puls, respirație, digestie) și pentru a activa reflexele, incluzându-le și pe cele care „pornesc forțat" procesul de atașament: „Nou-născutul se va orienta după mirosul mamei, va căuta sfârcul, se va uita fix în ochii ei și va încerca să o apuce de păr... Ochii copilului se orientează după fața și ochii mamei. Primele zâmbete ale bebelușului sunt, de asemenea, un reflex controlat de trunchiul cerebral pentru a atrage persoane care să-l îngrijească" (Cozolino, 2002, p. 75).

Ca substrat neuronal al sinelui somatic, trunchiul cerebral este foarte important din perspectiva clinică, pentru că modulează excitația și reglează sistemul nervos autonom (SNA), pe care Schore (2003) îl numește „capătul fiziologic al minții" (p. 82). Nivelurile înalte de excitație sunt asociate cu activarea părții simpatice a SNA care ne pregătește pentru fugă sau luptă prin rapiditatea respirației, accelerarea pulsului și deplasarea sângelui către membre. Nivelurile scăzute de activare sunt legate de activarea parasimpaticului care conduce, la extremă, la o imobilitate tonică sau „îngheț".

Nervul dublu ramificat cranian, cu originea în trunchiul cerebral, numit nervul vag, este cel care dă forma răspunsurilor distincte în fața situațiilor pe care le trăim ca fiind sigure, periculoase sau amenințătoare la adresa vieții. Când ne simțim în siguranță, ramificația mai matură, *nervul vag ventral mielinizat*, pune „frână vagală" care reglează în jos sistemul nervos simpatic (calmează corpul și micșorează pulsul), astfel încât angajamentul social devine posibil. Când ne simțim în pericol, frâna vagală este eliberată, dezinhibând sistemul nervos simpatic și mobilizându-ne pentru fugă sau luptă. Când ne simțim în pericol de moarte, partea mai primitivă, *nervul vag dorsal nemielinizat*, declanșează închiderea parasimpatică și imobilizarea. Lipsiți de ajutor în fața pericolului de moarte, „facem pe mortul". Disociația este de obicei complementul psihic al reacției fizice (Porges, 2006; Schore, 2006).

Sistemul vagal ventral are controlul primar nu numai asupra organelor viscerale cum ar fi inima, ci și asupra musculaturii feței și a capului fără de care comunicarea socială eficientă (contact vizual, inflexiunile pozitive ale vocii, expresiile condiționate ale feței) este imposibilă. Când vagul ventral este scos din funcțiune de pericol sau de amenințarea vieții, mobilizarea simpatică rezultată sau imobilizarea parasimpatică poate fi la fel de adaptativă. Dar când o traumă trecută a erodat eficiența frânei vagale, rezultatul predispunerii către luptă, fugă sau îngheț este aproape întotdeauna neadaptativ. A se vedea reactivitatea exagerată a supraviețuitorilor traumelor pe care îi vedem în psihoterapie și/sau fețele lor inexpresive sau vocile fără inflexiuni (Van der Kolk, 2006; Porges, 2006).

O implicație clinică este faptul că tratamentul trebuie să țină cont de tiparele pacientului de supra sau subexcitație. Succesul terapiei, în mod special cu pacienții care au fost traumatizați, ține de capacitatea noastră de a citi cu acuratețe și de a modula eficient nivelurile acestora de excitație psihică, precum și nevoile de (și fricile de) angajament relațional. Aceasta necesită o concentrare asupra corpului, asupra experienței nonverbale și asupra nuanțelor interacțiunii terapeutice.

Sistemul limbic

Dacă, după modelul „creierului triunitar" al lui Paul MacLean (1990), trunchiul cerebral este analog creierului reptilian, sistemul limbic poate fi comparat cu creierul paleomamiferelor pe care îl regăsim și la alte mamifere. Uneori numit și „creierul emoțional", sistemul limbic este locul unde se procesează sentimentele. O astfel de procesare este critică, deoarece emoția asigură nu numai mijloacele fundamentale prin care evaluăm visceral experiențele, dar și limbajul nonverbal care face posibilă interacțiunea socială eficientă. Sistemul limbic este, de asemenea, esențial pentru memorie, învățare sau motivație — inclusiv motivațiile asociate cu atașamentul.

Analog parterului duplexului care are acces ușor la stradă, sistemul limbic se află acolo unde lumile internă și externă se întâlnesc. Aici, la un nivel emoțional, exercităm relația dintre noi înșine și realitățile exigente care există în afara corpurilor noastre. Pe baza experienței trăite de către noi, știm la ce să ne așteptăm. Pur și simplu, de la prima atingere a mamei începem să decidem dacă putem sau nu să ne bazăm pe ea pentru a obține confort. Atunci când plânsetele noastre au nevoie de prezența ei liniștitoare sau când distresul nostru provoacă iritarea sau indiferența sa, toate aceste experiențe se înregistrează în memoria emoțională și ghidează evaluările noastre de asigurare a siguranței sau a riscului în situații viitoare legate de atașament. În mod evident, sistemul limbic este substratul neural al sinelui emoțional. Adăpostește două structuri-cheie.

Amigdala, care este bine dezvoltată la naștere, a fost descrisă ca poarta senzorială spre sistemul limbic. Împreună cu nervul vag al trunchiului cerebral, care aduce senzația viscerală a lumii interne (inimă, plămâni, intestine) în domeniul conștienței, amigdala este responsabilă de reacțiile noastre „de moment" față de experiență (Schore, 2003). Elementul central al capacității noastre de „a citi în ochii cuiva mintea acestuia" direcționează atenția în mod preferențial spre anumite detalii faciale și ne dă o „impresie" intuitivă despre alți oameni (Baron-Cohen, 1999). Amigdala mai poate fi descrisă și ca „centrul de supraviețuire" (Rothschild, 2000) datorită rolului său în reacțiile de declanșare a luptei sau a fugii. Într-o fracțiune de secundă, amigdala poate evalua stimulul senzorial primit (o față furioasă, mârâitul unui câine), în special dacă acesta se bazează pe siguranță sau amenințare.

Semnalizând trunchiului cerebral să activeze sistemul nervos simpatic, amigdala traduce evaluările aproape instantanee ale pericolului în reacții fizice care pregătesc corpul pentru luptă sau fugă. Unele dintre aceste evaluări își au bazele în aspecte biologice universale (de exemplu, oamenilor în mod instinctiv le este frică de șerpi), iar restul sunt condiționate de particularitățile istoricului personal.

Fiind un organ al memoriei, la fel cum este unul al evaluării, amigdala înregistrează experiența sub forma unor „amintiri emoționale" presimbolice inconștiente (LeDoux, 1996). Complet în afara domeniului conștient, aceste urme ale trecutului, inaccesibile lingvistic (în special ale trecutului traumatic), influențează evaluările experiențelor noastre din prezent. Astfel, un veteran speriat de trauma luptei, auzind zgomotul produs de o mașină pe stradă, se poate arunca la pământ îngrozit, din reflex. În mod similar, pacienții cu un istoric de atașament traumatic pot fi predispuși în mod automat să citească drept semne de pericol manifestări sociale care sunt ambigue, neamenințătoare sau chiar pozitive.

Hipocampul modulează înclinațiile amigdalei spre reacțiile instabile, necontrolate, declanșate la întâmplare. Specializat în organizarea informației în funcție de succesiune și conținut, ne face capabili să răspundem în mod total diferit în fața unui șarpe cu clopoței aflat în fața noastră pe drum și a unui șarpe cu clopoței încolăcit în spatele unui geam de terariu. Dacă amigdala, care nu are astfel de resurse pentru diferențiere, este acceleratorul care pregătește sistemul nervos simpatic, hipocampul este frâna care pune în acțiune sistemul nervos parasimpatic, făcându-ne capabili să ne liniștim (cu scăderea frecvenței respirației și a bătăilor inimii) atunci când urgența este evaluată ca alarmă falsă (Siegel, 1999).

Din punct de vedere clinic, este important să realizăm că hipocampul începe să intre în acțiune în al doilea spre al treilea an de viață, în primii ani de viață experiențele și cunoștințele înregistrându-se în amigdală ca

amintiri emoționale inconștiente, care au tendința să fie globale, generalizate și deci cu o influență disproporționată. În terapie, acest tip de amintiri pot deveni accesibile doar prin intermediul senzațiilor, sentimentelor și impulsurilor pacientului care reflectă de fapt reprezentările corporale, emoționale și acționale ale experienței timpurii.

Amintirile care se înregistrează cu ajutorul hipocampului — ale cărui conexiuni cu centrii nervoși superiori continuă să se maturizeze până la sfârșitul adolescenței — sunt explicite, recuperabile lingvistic și aflate în contextul timpului, spațiului și al persoanelor de atunci. În timp ce relațiile sigure permit hipocampului în dezvoltare al copilului să echilibreze reactivitatea amigdalei, traumele acute sau relaționale pot închide temporar hipocampul sau pot inhiba dezvoltarea lui, lăsând astfel mai mult sau mai puțin nemodulată reactivitatea amigdalei supravigilente.

Este ca și cum, parafrazându-l pe LeDoux (1996), amintirile emoționale ale amigdalei sunt veșnice. Totuși, frica este un răspuns condiționat, un produs al învățării prin asociere. Traumele de atașament din trecut pot să creeze o asociere între apropiere și pericol (neuronii care se activează împreună sunt legați între ei). Dar pacientul în psihoterapie care reexaminează vechile traume în contextul noii relații de atașament poate crea noi asocieri în creier și minte. Amintirea și retrăirea fricilor și durerilor din copilărie în contextul actual al siguranței pot transforma gradual trecutul amintit al pacientului și pot potoli pe parcurs reacțiile automate ale amigdalei pe care aceasta le-a stârnit mult timp.

Neocortexul

ANATOMIE ȘI FUNCȚIE

Așezat deasupra trunchiului cerebral și a sistemului limbic se află cortexul cerebral, ultimul etaj al duplexului neural. La fel ca la rudele noastre primate, acest „creier de neomamifere" dă sens experienței noastre și ne organizează interacțiunile cu lumea. Este ultima parte a creierului care ia naștere, atât din punctul de vedere al evoluției, cât și în dezvoltarea individului, iar procesul de maturizare se desfășoară în mod gradual, odată cu acumularea experiențelor și a cunoștințelor noi, practic tot timpul vieții. Ariile posterioare ale cortexului sunt dedicate percepției lumii fizice prin intermediul corpului și al celor cinci simțuri, în timp ce regiunile frontale sunt specializate în procesarea informațiilor venite din alte părți ale creierului și în ghidarea comportamentului.

Cortexul frontal poate fi văzut ca fiind „creierul executiv" (Cozolino, 2002), care face posibile gândirea conștientă, planificarea, memoria, acțiunea voită, atenția direcționată și înțelegerea abstractă. Reprezintă „locul" limbajului și al acelor idei și reprezentări mentale care pot fi ridicate la nivelul conștientizării, unde pot fi luate în considerare sau manipulate. Cortexul frontal este cel care asigură substratul neural pentru dimensiunile simbolică/reprezentațională, reflexivă și conștientă ale sinelui.

Cea mai avansată arie corticală — și cea care are o importanță specială în psihoterapie — este *cortexul prefrontal*. Această arie este împărțită în două regiuni importante. Prima, specializată pentru inteligența cognitivă, este regiunea dorsolaterală, care are legături cu hipocampul și emisfera stângă orientată lingvistic. A doua, specializată pentru inteligența emoțională, este o regiune la care Siegel (2006) se referă cu termenii de „cortexul prefrontal mijlociu" și care este legată foarte puternic de amigdală și de emisfera dreaptă orientată pe emoții.

Regiunea dorsolaterală a fost descrisă ca „mintea rațională" (Van der Kolk, 2006) și cheia „creierului volițional" (Libet, Freeman & Sutherland, 1999). Aceasta ne face capabili să ne gândim în mod *conștient* la experiența noastră, să ne direcționăm în mod deliberat atenția asupra percepțiilor, amintirilor și/sau ideilor și să folosim la nevoie reprezentările mentale despre trecut, prezent sau viitor. Această regiune pare a fi locul de acțiune neural al memoriei de lucru, „tabla de scris a minții" (Siegel, 1999), acolo unde ne folosim mintea pentru a rezolva probleme, a delibera asupra deciziilor și în general unde încercăm să înțelegem ce se întâmplă.

Cortexul prefrontal mijlociu este o regiune integratoare care face legătura între corpul propriu, trunchiul cerebral, sistemul limbic și cortex. Schore (1994, 2002) și Siegel (1999, 2006) au accentuat rolul central pe care îl are această regiune ca mediator al comportamentului de atașament, al reglării afectului, al comunicării sociale și al mentalizării. Ei au atras atenția în special asupra ariei corticale care se află exact în spatele ochilor — *cortexul orbitofrontal* (sau Cof) — care poate fi „atât o extensie a sistemului limbic, cât și o porțiune a cortexului" (Cozolino, 2002, p. 180).

Această arie pare să fie responsabilă pentru decodarea semnalelor emoționale prin abilitatea pe care ne-o dă de a „citi" indiciile nonverbale cum ar

fi expresia facială, gesturile sau tonul vocii. Ca „partea care gândește a creierului emoțional" (Goleman, 1995), Cof joacă un rol esențial în reglarea afectului, care reprezintă atât scopul, cât și rezultatul relațiilor de atașament securizante. În parte, această reglare apare atunci când Cof modulează răspunsurile rapide ale amigdalei la percepția pericolului. Deși Cof răspunde la expresiile faciale amenințătoare (la fel cum face și amigdala), el pune în context această amenințare și determină gradul acesteia (lucru pe care amigdala nu îl face). Acest tip de discriminare ajută atât autoreglarea, cât și relaționarea socială. Invers, lezarea orbitofrontală și deficitul acestei zone sunt asociate cu dificultate în reglarea propriilor emoții, aprecierea impactului asupra celorlalți și în a răspunde corespunzător semnalelor sociale și stărilor mentale ale acestora. Conectat în mod unic cu fiecare regiune a creierului, Cof poate fi văzut ca o zonă de convergență și ca un organ al integrării care sintetizează curgerea informației transmisă prin canale corporale, emoționale și cognitive. Această capacitate de concentrare este critică pentru abilitățile de a actualiza modelele noastre de lucru interne și de a ne sincroniza eficient cu alți oameni — ambele fiind esențiale în fața situațiilor de dezvoltare dificilă, atunci când vrem să devenim atașați sigur și capabili să dăm această siguranță și copiilor noștri. Bineînțeles, aceste abilități nu sunt mai puțin importante pentru terapeuți, care vor la rândul lor să confere siguranță pacienților lor.

În timp ce Cof a fost denumit „partea executivă principală a creierului social-emoțional" (Schore, 2002, p. 42), o regiune situată deasupra și în spatele ei — *regiunea cingulată anterioară* — joacă, de asemenea, un rol important în atașament, reglarea afectului și mentalizare. Se consideră că regiunea cingulată anterioară asigură fundația neurală pentru comportamentul matern, pentru simțul implicit și explicit al sinelui și pentru trăirea conștientă a emoțiilor. Poate fi, de asemenea, sursa celui mai integrat aspect al stării corporale. În sfârșit, pare să fie responsabilă pentru direcționarea moment-cu-moment a atenției și a răspunsurilor motorii ghidate de către emoții (Damasio, 1999; Cozolino, 2002; Allen & Fonagy, 2002).

Împreună cu Cof și regiunea cingulată anterioară, o a treia regiune a cortexului prefrontal mijlociu — *insula* — este o zonă specială pentru psihoterapie. Insula este esențială pentru „interocepție" — adică atenția către propriile stări corporale și conștientizarea acestora, în special a stărilor viscerale. Pentru că senzațiile somatice stau la baza emoțiilor, interocepția, proces în care „insula este probabil cel mai mult implicată față de alte structuri" (Damasio, 2003, p. 105), pare a fi principala modalitate prin care ne dăm seama de cum ne simțim. Mai mult, insula poate fi cheia abilității noastre de a simți emoțiile *altora* pentru că face legătura, de la cortex la amigdală, dintre senzațiile noastre senzitivo-motorii — vederea, auzul și „simțirea" — și comportamentul *lor* afectiv (Iacoboni, 2005). Acesta este domeniul empatiei și al *neuronilor oglindă* la care o să revenim în curând.

Cum funcționează

Hawkins (2005) a propus un model de funcționare corticală care are implicații clinice importante. În acest model, neocortexul este mai presus de toate un organ al memoriei și predicției. Preluând experiența prin intermediul simțurilor și corpului, cortexul înregistrează tipare de experiență repetate ca amintiri, care la rândul lor schițează predicțiile legate de ceea ce ne așteptăm să se întâmple în viitorul imediat sau îndepărtat. Înmagazinate ca tipare de conexiuni sinaptice între neuroni, aceste amintiri corticale au trei caracteristici definitorii: sunt *autoasociative*, implică *reprezentări invariante* și au o *structură ierarhizată*.

Amintirile vizuale sunt cele mai clare exemple. Jucându-mă de-a v-ați ascunselea, am zărit piciorul fetei mele pe sub draperie și imediat am vizualizat întregul ei corp. Faptul că memoria corticală este „autoasociativă", înseamnă că o parte poate declanșa întregul: vedem doar un fragment vizual, dar memoria noastră completează imaginea. Alt exemplu, la teatru, în întuneric, atenția mea se orientează pentru scurt timp pe o figură vag percepută, câteva rânduri mai jos; după câteva momente, profilul care părea vag familiar este brusc recunoscut — în mod spontan —, imaginea mentală a feței unui prieten apărându-mi în minte. Cum are loc această tranziție de la o parte către întreg?

Ceea ce Hawkins (2005) numește „reprezentări invariante" sunt tipare neuronale ale cortexului care înmagazinează experiența ca *forme independente de variație a detaliilor* (p. 69). Când aceste forme invariante ale amintirilor sunt activate de impulsuri vizuale fragmentare (sau distorsionate), ele prezic — și, în acest fel, determină de fapt în mare măsură — ce este ceea ce vedem. Astfel, conform lui Hawkins (2005), „majoritatea a ceea ce percepi nu provine din simțuri; este generată de modelul intern al memoriei" (p. 202). Fără reprezentările invariante, lumea pe care o percepem ar rămâne, la fel ca aceea a sugarului, o „confuzie înfloritoare și gălăgioasă" (James, 1890/1950, p. 488).

ecare regiune a cortexului are șase straturi neuronale. În „ierarhia cor-l" descrisă de Hawkins această organizare cu șase straturi generează rlența noastră subiectivă, combinând impulsurile senzoriale din i-acum ale celor trei straturi de „dedesubt" cu predicțiile bazate pe orie ale celor trei straturi de „deasupra". Influența memoriei asupra pției este ceea ce cercetătorii cognitiviști au numit procesarea de „sus ", iar formarea percepției din impulsurile senzoriale primite este nu- procesare de „jos în sus" (LeDoux, 1996). O astfel de structură este tajoasă pentru că ne permite să aplicăm în mod automat cunoștințe- periențelor noastre anterioare celei din prezent — de exemplu să re- aștem fața cu barbă a unui prieten (reprezentare invariantă) chiar și i când prima oară îl vedem proaspăt ras (impuls vizual în timp real). vantajul acestei structuri în care „tiparele observate urcă în ierarhie, redicțiile coboară" (LeDoux, 1996, p. 159) este faptul că așteptările te de memorie adesea păcălesc experiențele noi — având ca rezultat, emplu, lipsa neașteptată a bărbii prietenului nostru care poate trece servată. Adesea ceea ce ne așteptăm să vedem este *tot* ceea ce vedem. ea ce este adevărat despre funcționarea cortexului vizual poate fi ărat și în afara acestuia — nu numai în alte modalități senzoriale, ci ate modurile prin care preluăm și procesăm experiența. Printre im- țiile care reies de aici se află și faptul că ceea ce noi privim ca pe pro- noastre percepții sunt întotdeauna (mai mult sau mai puțin) forme terpretare și, bineînțeles, aceste interpretări își au rădăcinile în trecut. cum Hawkins (2005) scria: „Mare parte din psihologie se bazează pe cințele experiențelor timpurii de viață, atașament și ocrotire, pentru unci creierul își stabilește pentru prima dată modelul lumii" (p. 203).

mul neuronilor–oglindă

...un tip de sociabilitate arhaică, care nu face diferența între sine și alții, este adânc țesut în creierul primatelor.
— Leslie Brothers (1997, p. 78)

mijlocul anilor '90, cercetătorul din neuroștiințe italian Rizzolati a fă- descoperire memorabilă. El a găsit în cortexul premotor al maimuțe- ueae o clasă de neuroni care declanșau impulsuri nu numai în timpul

mișcărilor autoinițiate, ci și în timpul observării acelor mișcări la alte maimuțe. Cercetările ulterioare au confirmat că ființele umane, ca și predecesoarele noastre primate, au un sistem de „neuroni–oglindă" care reproduc sau simulează în creierul nostru acțiunea celorlalți.

Dar țineți seama că doar acțiunile *intenționate* sunt cele care declanșează stimularea neuronilor–oglindă. În mod evident, nu percepția noastră propriu-zisă declanșează un răspuns în rezonanță, ci mai degrabă percepția acțiunii care pare să aibă o intenție în spatele ei. Pare ca și cum neuronii noștri oglindă se activează la fel de mult ca răspuns la stările mentale subiacente, ca și la acțiunea căreia îi dau naștere. Cercetarea prin care se demonstrează că nu doar stările intenționale percepute la alții, ci și emoțiile și senzațiile lor corporale pot produce descărcări ale neuronilor–oglindă subliniază acest punct de vedere — de exemplu când observăm o exprimare a sentimentelor la altcineva sau când vedem că primesc o înțepătură ușoară. Așa cum am menționat anterior, s-a presupus (Iacoboni, 2005) că insula transmite impresiile noastre despre afectele altora de la cortexul care le percepe la amigdală, care declanșează trăiri corporale.

Neuronii–oglindă par să simuleze în noi atât comportamentul observat al altora, cât și stările mentale pe care le implică (de exemplu sentimente). Astfel, sistemul neuronilor–oglindă a fost văzut ca substratul neural pentru empatie, armonizare afectivă, mentalizare și intersubiectivitate. Poate fi chiar fundația „unicității" pe care o împărtășim cu alte ființe umane (Allen & Fonagy, 2002; Gallese, 2001; Siegel, Siegel & Amiel, 2006).

Lateralitatea: două creiere într-unul singur

Fiecare emisferă a creierului este specializată în procesarea și reprezentarea experiențelor într-un mod diferit. Emisfera dreaptă, pe care Ornstein (1997) o numește „mintea dreaptă", este specializată să răspundă emoțional, holistic, nonverbal, intuitiv, relațional și receptiv. Ea posedă conexiuni neurale dense cu sistemul limbic și corp — incluzând, în particular, amigdala și SNA — astfel încât poate răspunde visceral, dinspre înăuntru spre afară. Se spune că această emisferă procesează informația în mod „analogic" — preluând-o și reprezentând experiența ca un tot unitar. Lipsindu-i modul de analiză „digitală" care eșantionează și descompune realitatea pentru a îi da sens, creierul drept răspunde direct la ceea ce există —

cepția globală, întregul context, părțile relaționate una cu alta, și nu late. Întrucât acesta permite conștientizarea contextului și multiplelor spective asupra experienței și deoarece este acordat să decodeze co-nicarea nonverbală, creierul drept poate fi considerat substratul neu-al sinelui reflexiv sau al sinelui care mentalizează. Creierul drept este, asemenea, considerat a fi leagănul inconștientului și al procesului pri-r descris de Freud.

misfera *stângă* este proiectată să răspundă într-un registru complet di-t. Izvorul gândirii conștiente — procesul secundar descris de Freud — rezintă lingvistic experiența, conform unei logici liniare. Unitatea sa nară de informație este cuvântul. Dacă examinăm propria gândire con-ntă, vom ajunge la concluzia că aceasta constă într-un șir de cuvinte; imp ce conținutul monologului interior ar putea avea originea în cre-l drept, exprimarea verbală este în principal produsul celui stâng. Dacă am lăsa în voia emisferei stângi care este specializată în atenția către alii, am avea tendința să „nu vedem pădurea din cauza copacilor".

De asemenea, pare să existe o împărțire a travaliului emoțional între două emisfere cerebrale. Cea stângă pare să fie activată de trăirea emo-r moderate sau pozitive, iar cea dreaptă, de emoții care sunt foarte in-e sau/și cu tentă negativă. În mod corespunzător, emisfera stângă pare nedieze apropierea, în timp ce emisfera dreaptă, retragerea.

Accesul la ambele emisfere este esențial pentru flexibilitatea care face ibilă adaptarea eficientă. Deci dacă nu cumva eșuează în comunicare l cu celălalt, „două creiere sunt mai bune decât unul". Din fericire, cre-l este în așa fel construit încât comunicarea dintre emisfere este favo-tă: *corpul calos*, o bandă de fibre nervoase care face legătura dintre cele ă jumătăți ale creierului, ne permite atât să valorificăm capacitățile iale ale fiecăreia, cât și să culegem beneficiile integrării lor armonioa-— de exemplu integrarea responsivității emoționale a creierului drept naliza creierului stâng (Schore, 2003; Siegel, 1999; Cozolino, 2002).

grarea și creierul

elații de atașament sănătoase, în special în primul an de viață, sunt sare pentru dezvoltarea și integrarea funcțiilor creierului drept și ale i stâng — precum și a funcțiilor limbice și corticale. Această integrare

asigură legătura funcțională dintre diferitele capacități ale creierului — senzoriale, motorii, emoționale, analitice și așa mai departe — pentru a face posibilă folosirea într-un mod cât mai adaptat și mai organizat a tuturor resurselor potențiale ale creierului.

Țineți seama că aceste modalități de integrare ale creierului (dreapta/stânga și jos/sus) reprezintă corolarul neural al integrării psihice, care este nu numai recompensa atașamentului securizant, ci și scopul psihoterapiei. Acest tip de integrare psihică — care leagă diferitele stări mentale, precum și corpul și mintea, gândirea și sentimentele, autodefinirea și relaționarea — ne asigură accesul la întreaga profunzime și vastitate a experienței. Această integrare ne permite să dezvoltăm și să armonizăm multiplele dimensiuni ale sinelui, decât să simțim nevoia să negăm sau să renegăm anumite părți din noi.

Ca clinicieni, putem să fim încurajați de cercetări precum cele care arată cum creierul unui adult, la fel ca al unui copil aflat în dezvoltare, poate fi remodelat de experiența prezentă, care nu numai că stabilește noi conexiuni neurale, dar modifică structura fizică actuală a creierului. Această descoperire a *plasticității neurale* sugerează în mod evident că recrearea unei matrice de atașament ca aceea în care s-au dezvoltat inițial corpul, creierul și mintea poate fi crucială dacă vrem să favorizăm în mod eficient schimbarea terapeutică.

Să le aducem pe toate împreună: atașamentul, mintea încorporată și corpul ce are o minte

...creierul este auditoriul captiv în corp.
— Antonio Damasio (1994, p. 158)

În *Descartes' Error*, Damasio (1994) pune în ordine dovezile neurobiologice pentru a susține inseparabilitatea dintre minte și corp, afirmând că sentimentele sunt în mod esențial interpretările minții despre stările corporale, iar acest argument — pentru a fi pe deplin raționali — ar trebui să fie bine ancorat în semnalele emoționale care își au ca punct de plecare corpul. Dacă expresia „minte încorporată" (Varela, Thompson & Rosch, 1992; Lakoff & Johnson, 1999) a ajuns să fie recunoscută de mulți oameni de știință și filosofi ca fiind o caracteristică a condiției umane, pentru cei

ıl — pacienți și terapeuți — realitatea sa nu este altceva decât un ", pentru că adesea părem să trăim ca și cum am avea o minte fără sau un corp lipsit de minte.

ıtegrarea dimensiunilor variate ale sinelui (somatică, emoțională, re-entațională, reflexivă, meditativă) și stabilirea unei interconectivități domeniile separate ale creierului (drept și stâng, cortical și subcor-) reprezintă de fapt cele două fețe ale aceleiași monede. Ca rezultat al unei istorii de atașament securizant și ca scop al psihoterapiei ıtate asupra atașamentului, aceste modalități de integrare pot favo-experiența subiectivă atât a unei minți încorporate, cât și a unui corp are minte.

u o minte care este încorporată, ne simțim stabili, acțiunile noastre fi-direcționate din interior. Avem un acces util, care ne îmbogățește psi-către senzațiile somatice și către emoțiile noastre. Sentimentul pe care im aici este cel al faptului că ceea ce gândim, precum și ceea ce sim-„provine din corpurile noastre umane vii, este modelat de către aces-i îi este dat un sens prin ele" (Lakoff & Johnson, 1999, p. 6).

acienții care pot fi descriși în termeni de atașament ca evitanți sau care ing sunt de obicei (mai mult sau mai puțin) „fără corp". Unul dintre ți pacienți a spus odată: „Mai mult plutesc peste experiența mea de-ă aterizez în corpul meu". Pentru acești pacienți, funcționarea corpu-au felul în care se vede corpul din afară poate fi important, dar cum simțit acesta dinăuntru, simțurile noastre sunt aproape întotdeauna nportante. Funcționând influențați de creierul stâng, ei par să trăias-ı și cum nu ar ști despre creierul drept emoțional. Totuși, ei sunt stă-ți de „reflexe" puternice subcorticale, care le constrâng acțiunile și le rag atenția de la sentimente și senzații. Acordarea unui ajutor terape-acestor pacienți de obicei implică sprijinirea lor în recuperarea corpu-u sentimentele și senzațiile lui, ca parte esențială și inerentă a sinelui. a polul opus față de pacienții care par să trăiască cu o „minte fără " se află cei care par să fie captivi într-un „corp fără minte" — un care conduce sinele pentru că exprimările sale nu pot fi contestate de minte. Acești pacienți, adesea preocupați sau cu o traumă nerezol-, se pot simți tiranizați de către corpul care pare să îi trădeze. Adesea nt „cei care somatizează", ale căror emoții sau amintiri își găsesc în parte exprimarea în limbajul corporal. Atunci când aceste emoții și

amintiri au devenit intolerabile, corpul care le-a sechestrat este abandonat psihic: părăsirea corpului — disocierea — asigură „o scăpare acolo unde nu există scăpare" (Putnam, 1992, p. 104). Acești pacienți nu pot accesa resursele corpului meditativ — un corp inundat de conștientizare astfel încât nu numai că poate fi simțit și cunoscut, ci poate simți și cunoaște.

Așa cum subliniază Siegel (2005, 2006), inima și intestinele (ale căror structuri celulare din jur le mimează pe cele de la nivel cerebral) funcționează nu numai ca organe ale circulației și digestiei, ci și ale percepției — de unde și expresiile „sentimente din inimă" sau „senzații în stomac". Atunci când suntem capabili „să dăm corpului o minte" (Damasio, 1994), dobândim accesul la o mai profundă autoconștientizare, *precum și* la o conștientizare a altora, care sunt altfel inaccesibile. Cel mai important lucru este probabil faptul că a avea un corp locuit de către minte și o minte informată și însuflețită de către corp ne ajută să fim mult mai prezenți — un punct vital la care mă voi reîntoarce.

Ca terapeuți putem facilita o astfel de integrare la pacienții noștri, la fel cum părinții eficienți le facilitează integrarea copiilor lor atașați sigur — adică recunoscând și răspunzând într-un mod acordat la întreaga lor gamă de comunicări, implicite sau explicite, oricum ar fi exprimate prin intermediul corpurilor, emoțiilor sau cuvintelor lor. Acest tip de receptivitate și responsivitate cu „spectru total" îi poate ajuta pe pacienții noștri să-și dezvolte anumite capacități și să integreze experiențele — în special pe cele ale corpului și ale minții — pentru care atașamentele lor inițiale nu au făcut loc suficient.

Înapoi la creier

Pentru a promova integrarea minții și a corpului pacienților noștri — gândire și sentimente, conștientizare și experiență —, am face bine să luăm în serios implicațiile clinice ale unor descoperiri recente ale neuroștiințelor, inclusiv unele deja atinse anterior.

Primele dintre aceste descoperiri (Damasio, 2003; Siegel și colab., 2006) sunt cele care sugerează că atât în evoluția, cât și în dezvoltarea individuală structurile „înalte" cerebrale (corticale/emisfera stânga) sunt așezate peste — și adesea dominate de către — structurile mai „joase" (subcorticale/

dreaptă). În același tipar de influență, „traficul" neuronal este
mai „greu" de jos în sus — de la amigdală (răspunsurile de frică)
cortex (managementul fricii) — decât de sus în jos (LeDoux, 1996).
de dovezi susțin o abordare corespunzătoare de jos în sus și în psiho-
ple, care în mod consecvent fundamentează activitatea clinică cu sen-
le corporale și emoțiile care stau la baza comportamentului și gândi-
De asemenea, ele susțin includerea unei atenții speciale asupra
ensiunii nonverbale, dominată în special de creierul drept, a relației
peutice care este exprimată prin ceea ce este simțit, trăit și făcut, și nu
rat spus (Van der Kolk, 2006; Ogden, Pain, Minton & Fisher, 2005;
re, 2005).

doua dovadă este reprezentată de influența neurală care „curge" de
rtex spre amigdală, în special de la nivelul regiunii corticale prefron-
mijlocii, în locul celei dorsolaterale. Prima, dacă vă amintiți, este o
integratoare a input-urilor pentru reglarea afectivă din întreg creie-
in timp ce ultima („mintea rațională") este specializată pentru proce-
informațiilor conștiente și în mare parte verbale. Implicația clinică a
nței (în mare parte) a acestei legături dintre regiunile dorsolaterale și
ice este că simpla rostire cu voce tare a gândurilor despre emoțiile di-
ale pacienților noștri — în special ale pacienților traumatizați — poa-
de ajutor (vezi mai jos), dar insuficientă.

rebuie, suplimentar, să activăm cortexul mijlociu prefrontal, ajutân-
pe acești pacienți să participe la experiența lor internă, în special la
riența corporală, inclusiv, poate, respirația. A orienta atenția minții
ra corpului poate fi împotriva obiceiurilor acestor pacienți. Totuși, o
l de concentrare a atenției poate fi o resursă puternică pentru întări-
capacităților lor de reglare afectivă și autoreglare (Van der Kolk,
). Această atenție interoceptivă reprezintă o formă de meditare care
tă pe pacienți să se fixeze în momentul prezent și, potențial, să-și
uleze distresul asociat cu trecutul traumatic sau viitorul înfricoșător.
cere pacienților noștri să numească ceea ce simt în corpul lor pune
țiune în procesarea experienței subcorticale (de ex. somatice/afecti-
lureroase capacități corticale. Îi invită să *observe* acea experiență, în
ă se identifice, pur și simplu, cu ea și să se simtă copleșiți. O con-
tizare corporală crescută și un sentiment din ce în ce mai puternic
ntimentele pot fi dureroase, fără să fie intolerabile, stabilesc cadrul

pentru procesarea conștientă și integrarea experienței anterior disociate (Ogden, 2006).

Pentru a treia dovadă trebuie să vă amintiți de teoria funcționării creierului pe straturi: ultimele trei straturi procesează input-urile actuale de la simțuri și de la corp. Cele trei straturi superioare fac previziuni despre experiențe viitoare pe baza amintirilor stocate ca „reprezentări invariante", care pot reprezenta greșit realitatea curentă (Hawkins, 2005). O implicație clinică care rezultă de aici este că pentru a slăbi strânsoarea unor astfel de reprezentări *greșite* invariante (de ex. modele interne de lucru învechite) trebuie să cultivăm atenția meditativă a pacienților noștri față de experiența în aici-și-acum. Pentru a-i ajuta literalmente „să-și vină în simțire" (Kabat-Zinn, 2005), vom diminua șansa ca datele experienței din prezent care urcă în ierarhia corticală să fie înghițite de amintirile și previziunile care coboară de la nivel cortical.

În sfârșit, există descoperiri în neuroștiințe care au legătură directă cu mentalizarea și meditarea. În ceea ce o privește pe prima dintre acestea, studiile au arătat că mentalizarea activează nu numai cortexul prefrontal, ci și amigdala (Allen & Fonagy, 2002; Lieberman, în presă). Ca urmare, pentru a-și putea exersa efectiv capacitatea de mentalizare, pacienții noștri trebuie să se adreseze sentimentelor lor supărătoare *ca și cum le-ar simți atunci* — altfel nu este decât „pseudomentalizare" (Fonagy, comunicare personală, 2006). Mai mult, studiile au arătat că punerea în legătură a limbajului cu experiența supărătoare — o caracteristică esențială a mentalizării explicite — poate reduce impactul ei neural: subiecții cărora li s-au arătat imagini supărătoare și care au fost instruiți să le descrie au prezentat o activare mai redusă a amigdalei decât subiecții care au fost expuși imaginilor fără instrucțiunea de a le verbaliza (Hariri, Bookheimer & Mazziotta, 2000; Hariri, Mattay, Tessitore, Fera & Weinberger, 2003). De asemenea, există dovezi că „reevaluarea" sau „reîncadrarea" experienței emoționale dificile poate modula reactivitatea amigdalei (vezi Ochsner & Gross, 2005). Studiile ca acestea au susținut o abordare integrată — de sus în jos și de jos în sus — a tratamentului. Se pare că reglarea emoțională poate fi într-adevăr întărită atunci când resursele corticale/creierul stâng (limbaj, interpretare) sunt antrenate în procesarea în timp real a experienței subcorticale/creierul drept (sentimentele cu bază corporală).

ercetarea creierului indică, de asemenea, că reglarea emoțională poate fi
rizată printr-o concentrare meditativă asupra respirației corpului. Aus-
1999), observând că expirațiile prelungite sunt rezultatul unei atenții me-
itive asupra respirației, citează descoperiri care sugerează că *expirația re-
activarea amigdalei*, astfel „calmând creierul" (p. 94) și corpul. Lazar și
ıb. (2005) au observat că cei care meditează și a căror practică e ancorată
oncentrarea pe respirație prezintă o îngroșare corticală, în special la nive-
nsulei care leagă cortexul de sistemul limbic, integrând gândurile cu emo-
cu bază corporală. Referindu-se la un studiu anterior în care persoanele
au învățat să jongleze au prezentat o îngroșare a ariei motorii vizuale din
lex, autorii au propus ideea că participarea la procesul respirației sau al
r senzații interne reprezintă o metodă de interocepție care poate să pre-
ună la o „mărire" a insulei — probabil facilitând astfel, pe parcurs, acce-
la propriile noastre emoții și la empatie față de emoțiile altora.

ntr-un sens mai larg, se pare că aducerea conștientizării în legătură cu
mite fațete ale experienței noastre poate declanșa activitatea neurală
riile cerebrale asociate acelor experiențe. Atunci când conștientizarea
în mod *repetat* direcționată pe aceste experiențe, noi legături sinapti-
unt generate, eventual având ca rezultat „remodelarea corticală" (Lazar
olab., 2005, p. 1895). Implicația clinică derivă din faptul că, prin direc-
narea atenției în mod repetat și prin *legarea* diferitelor aspecte ale expe-
ței pacientului — somatice, emoționale, reprezentaționale și așa mai
arte —, putem stabili noi conexiuni în creierul pacientului. Această co-
tivitate este echivalentul neural al integrării psihice pe care sperăm să
cilităm pacientului prin intermediul unei relații care este mult mai in-
ivă și mai colaborativă decât cele care l-au modelat inițial.

Pentru a ajuta pacientul să profite cât mai mult de noua relație de ata-
nent pe care încercăm să o asigurăm, este extrem de important să înțe-
m modelele diferite de atașament timpuriu atât securizant, cât și nese-
izant. Dacă înțelegem cum persoana de îngrijit reușește să facă posibil
atașament securizant, putem să ajustăm răspunsurile noastre față de
ienți în așa fel încât să promovăm integrarea și siguranța. Înțelegerea
rilor de atașament nesecurizant ne ajută să identificăm acele experien-
entru care primele atașamente ale pacienților noștri nu au lăsat niciun
de spațiu — și să oferim tipul de responsivitate la astfel de experiențe
poate să facă posibilă o integrare a acestora, în cele din urmă.

CAPITOLUL 6

Tipurile de experiențe de atașament

Prima noastră relație de atașament asigură schița inițială a minții. Tiparele de comunicare interpersonală din aceste relații sunt internalizate ca o colecție de tipare structurate, cunoscute sub denumirea de „sine". La nivelul reprezentărilor acționale implicite — de exemplu modelele interne de lucru —, mediul reprezintă mesajul. Structura dialogurilor noastre care duc la dezvoltare cu cei de care depinde supraviețuirea noastră devine structura inițială a lumii noastre interne (Lyons-Ruth, 1999; Main & Goldwyn, 1984–1998; Van IJzendoorn, 1995).

La un nivel foarte simplist, toate elementele din comunicarea nonverbală a copilului care produc un răspuns acordat din partea părintelui sunt reținute, în timp ce tot ceea ce produce un răspuns care tinde spre respingere (sau care nu este recunoscut) este exclus. Așa cum au dezvăluit cercetările lui Main, regulile pe care copilul le desprinde din aceste schimburi timpurii guvernează nu numai comportamentul lui, ci și ceea ce se va lăsa să simtă, să dorească, să gândească și să-și amintească. Aceste reguli sunt encodate în modelul intern de lucru al copilului, care conservă cunoștințele istoriei lui de atașament și care îi modelează relațiile din prezent și din viitor atât cu ceilalți, cât și cu el însuși (Main și colab., 1985).

Dar oare cât de stabile sunt tiparele de atașament din copilăria mică? Rezumând rezultatele majorității studiilor longitudinale, Fonagy menționează că acele clasificări în sigure sau nesigure ale situației străine la 12 luni au corespuns cu clasificările IAA la vârsta adultă în procent de 68–75%: „Acesta este un nivel incomparabil de concordanță între comportamentul observat în copilărie și rezultatele din perioada adultă" (Fonagy și colab., 2002, p. 40). Rezultatele curente ale studiului condus inițial de către Mary Main demonstrează un nivel de consistență din copilărie până la 19 ani care este mult peste 80% — asta doar în cazul în care participanții care au suferit

ame pe parcurs au fost eliminați din analiză. Trauma (pentru acești par-panți, nu abuzul, ci alte forme de traumă cum ar fi decesul unui părin-poate schimba totul și de obicei nu în bine (Main și colab., 2005). Pe de parte, există adulți cu un istoric ce determină o predicție de nesiguran-dar cu narațiuni coerente la IAA care reflectă dobândirea a ceea ce se nu-ște atașament „securizant dobândit". În mod promițător pentru psiho-pie, dovezi ca aceasta, alături de studiul care demonstrează că relația ltală poate transforma adulții atașați nesecurizant în adulți atașați se-zant, sugerează că modelul de lucru al atașamentului poate fi influen-n mod favorabil de schimbările naturii relațiilor de atașament ale indi-ului (Hesse, 1999; Crowell, Treboux & Waters, 2002).

Pentru pacienții atașați nesecurizant, noile relații de atașament față terapeut pot fi esențiale în integrarea experiențelor care nu au putut similate în primele lor relații. În timp ce atașamentele din copilărie cturează inițial sinele, atașamentul pacientului față de terapeut poa-ă-l *re*structureze, transformând un model de lucru de nesiguranță -unul de siguranță dobândită. Pentru ca psihoterapia să fie transfor-oare în acest mod trebuie să se facă loc concomitent trecutului diso-și să i se ofere pacientului un model proaspăt de relație, în prezent. grarea experiențelor vechi și crearea altora noi se pot dovedi a fi de fețele aceleiași monede (Lyons-Ruth, 1999; Amini și colab., 1996).

n calitate de clinicieni, în încercarea de a încuraja schimbarea prin asi-area unei relații noi de atașament, cunoștințele despre diferitele expe-țe de atașament — securizant și nesecurizant — ne pot ajuta să iden-ăm și în cele din urmă să creăm un spațiu pentru sentimentele, durile și modalitățile de a fi împreună cu ceilalți cărora li s-a refuzat oc în relațiile cele mai timpurii ale pacientului. Astfel de cunoștințe de asemenea, întări capacitatea noastră de a ne imagina, de a înțele-i de a rezona empatic atât cu experiența subiectivă, cât și cu istoria co-riei pacienților noștri. Mai mult, ne pot da un indiciu cu privire la ati-nea terapeutică specifică care are cea mai mare probabilitate de a se rivi nevoilor particulare de dezvoltare ale pacientului.

are de atașament în copilăria mică și după aceasta

Cercetarea longitudinală inovatoare a lui Mary Main a început la mij-l anilor '70 și a urmărit un grup de familii pe măsură ce copiii s-au

dezvoltat din copilărie în adolescență și până la perioada adultă. La cinci ani după ce copiii au fost implicați în două evaluări ale situației străine — una cu mama, una cu tatăl —, Main a efectuat evaluări prin înregistrări video de câte două ore ale familiilor acestora, structurate, la fel ca și situația străină, în jurul separării și al reîntâlnirii.

Încercând să ducă cercetarea atașamentului dincolo de situația străină, Main nu s-a concentrat numai pe comportamentul de atașament dincolo de perioada timpurie a copilăriei, dar cel mai important este faptul că a urmărit clarificarea reprezentărilor mentale — modele interne de lucru — considerate ca elemente care modelează comportamentul de atașament de-a lungul întregii vieți. La fel ca un arheolog care adună vestigiile dezgropate pentru a-și putea imagina civilizațiile de mult apuse, Main a cules „vestigiile reprezentaționale" de la subiecții ei (de ex. transcrierile IAA ale părinților și desenele familiilor realizate de copii) pentru a putea face vizibilă lumea lor internă invizibilă.

Descoperirile ei (Main și colab., 1985) în ceea ce privește experiența și reprezentările atașamentului la sugari, copii de șase ani și adulți au clarificat cu amănunte sugestive dezvoltarea, caracteristicile și consecințele fiecăreia dintre cele patru stări mentale primare în legătură cu atașamentul. Intenția rezumatului care urmează prin recunoașterea influenței *pervazive* a modelelor/regulilor de atașament este de a sublinia continuitatea structurală a tiparelor reprezentaționale care iau naștere din copilăria timpurie, se dezvoltă de-a lungul timpului și își găsesc exprimarea prin modalități multiple (inclusiv comportamentul nonverbal, limbajul, imaginația). Această continuitate de-a lungul dimensiunilor variate ale sinelui este cea care face să fie atât de vitale recunoașterea și înțelegerea tiparelor de atașament ale pacienților noștri (și ale noastre).

Atașamentul securizant/autonom: liber să te conectezi, să explorezi și să reflectezi

În situația străină un copil clasificat în mod obișnuit ca sigur afișează un echilibru flexibil între căutarea confortului alături de mamă și explorarea camerei pline cu jucării de unul singur: nu pare să fie niciun fel de așteptare sau cerere din partea mamei de a fi sau de a nu fi obiectul atenției copilului.

Acum observați continuitatea: la șase ani, același copil, de obicei, se ezintă ca fiind deschis din punct de vedere emoțional. După ce i se ara-o fotografie care înfățișează separarea, el poate vorbi cu ușurință de-re sentimentele copilului din fotografie și își poate imagina originea estora. Mai mult, își poate imagina o soluție constructivă la această cri-— similar comportamentului copilului sigur care după „criza" separă-se duce la mama sa cu plăcere, reușind să găsească confort lângă ea, re-ând apoi explorarea și joaca. Comportamentul acestuia după reîntâlnirea părinții este de a-i primi cu căldură, iar schimburile verbale cu aceștia nt considerate „fluente" — fluide, și nu artificiale, echilibrate din punctul vedere al schimbului de replici și în mare parte nerestricționate în pri-nța subiectului. Desenul familiei realizat de copilul de șase ani sigur a t în general realist, adesea prezentând părinții și copiii stând apropiați ul lângă celălalt cu brațele deschise ca și cum ar aștepta contactul fizic. upă ce li s-a înmânat o fotografie Polaroid făcută la începutul evaluării, piii de șase ani s-au arătat în general mulțumiți, zâmbitori sau ocazio-l au comentat și apoi au returnat poza. Nancy Kaplan, colega lui Main, descris astfel de copii ca fiind „plini de resurse — siguri" (Main și co-., 1985; Main, 1995, 2000).

Ce dezvăluie cercetarea despre părinții acestor copii siguri? Pentru în-put, transcrierile IAA au fost plasate de obicei în categoria „siguri/au-nomi". Conținutul și forma acestor transcrieri au demonstrat capacita-a părinților atât de a aprecia liber, cât și de a reflecta în mod obiectiv upra relațiilor lor de atașament. Main a descris „modul de discurs" al estor părinți ca fiind coerent și colaborativ; atenția lor părea să se schim-într-un mod flexibil între întrebările și probele intervievatorului și do-zile și propriile amintiri, sentimente și gânduri. Reevaluând domeniul trem de evocator al istoricului lor de atașament, acești părinți păreau să în totalitate „prezenți", meditativi și deschiși propriilor emoții fără să incomodați de acestea. Chiar și atunci când își aminteau experiențe ne-lcute cu propriii lor părinți, păreau capabili să mențină o perspectivă ilibrată, ceea ce denotă eforturile lor de a-și înțelege și uneori de a-și ta părinții.

Main a identificat mai târziu un subgrup de părinți siguri — cu atașa-ent „sigur dobândit" — care descriau antecedente problematice și du-roase din copilărie care în mod obișnuit ar fi fost asociate cu atașament

nesecurizant, dar care vorbeau coerent și într-un mod colaborativ despre acestea (Main & Goldwyn, 1984–1998). Un lucru încurajator pentru psihoterapie este că acești adulți cu „siguranță dobândită" au avut adesea relații emoționale semnificative cu prieteni apropiați, parteneri de viață și/sau terapeuți (Siegel, 1999).

De asemenea, părinții copiilor siguri păreau capabili să considere — și să reconsidere — experiențele lor de atașament, chiar în procesul de reamintire a acestora. Această capacitate extraordinară atât de *a avea* experiența, cât și de *a reflecta* asupra ei — de a sta atât în interiorul, cât și în exteriorul propriei experiențe — este ceea ce Main (1991) a numit *monitorizare metacognitivă*. Alături de capacitatea părinților siguri de a fi conștienți și de a putea integra o gamă largă de amintiri, sentimente și gânduri legate de atașament, capacitatea lor pentru monitorizare metacognitivă reflecta modele de lucru sau stări mentale de siguranță cu privire la atașament.

Main a propus că astfel de modele sau stări mentale — tocmai pentru că sunt deschise, flexibile, automonitorizante, și nu restricționate de anumite reguli de atenție — sunt cele care fac posibilă responsivitatea senzitivă care îi face capabili pe acești părinți să crească copii siguri. Fără să fie nevoie deloc să cenzureze (sau doar puțin să le cenzureze) sau să editeze „știrile" interne legate de atașament, acești părinți își permit să fie receptivi la întregul spectru de comunicare interpersonală și la semnale primite de la copiii lor. Caracterul atotcuprinzător al dialogului ce favorizează dezvoltarea asigură aici substratul relațional pentru integrarea psihică — echilibrul între atașament și explorare, relaționare și autodefinire — care poate fi moștenirea istoricului de atașament securizant al copilului.

Așa cum vom vedea în continuare, copiii părinților nesiguri nu par să fi fost la fel de norocoși.

Atașament evitant/care respinge: o izolare nu atât de fericită

În mod obișnuit, copilului evitant îi lipsesc flexibilitatea și resursele celui sigur. În situația străină, el se angajează în explorare, excluzând aproape comportamentul de atașament. La 12 luni el poate fi văzut evitându-și în mod activ mama, probabil ca răspuns la respingerea consecventă a ofertelor lui timpurii pentru contact fizic și emoțional — sau la comportamentul parental intruziv, de control sau supraexcitant al acesteia, așa cum au

urat alți cercetători (Sroufe, 1996). Ca și cum întregul său cântec este ltuit dintr-o singură notă, afișarea emoțională a copilului evitant este trictionată la interesul pe care îl acordă obiectelor. Deși pare nepertur-în timpul separării și apoi ignorant față de mamă după reîntâlnire, co-il evitant totuși reacționează la nivel *fiziologic* prin modalități care fac distresul său să nu poată fi negat (Sroufe & Waters, 1977b). El a învă-să-și reprime exprimarea automată a emoțiilor asociate cu separarea și șamentul — dar asta nu înseamnă că nu le simte.

Din nou, observați continuitatea: la șase ani, același copil care ca sugar comportat ca și cum nu ar fi avut nicio speranță să fie liniștit de către ma sa este capabil să definească tristețea trăită de copilul din fotogra-care ilustra separarea, dar nu își poate imagina nicio soluție pentru astă criză a separării. Și așa cum copilul mic și-a ignorat mama în re-âlnirea din situația străină, la fel a făcut și copilul de șase ani, dar r-un mod mult mai subtil. Interacțiunile lor după reîntâlnire au fost de-ise ca „restricționate": lăsând toată inițiativa părintelui, copilul evitant ăspuns doar minimal; conversația stagna, iar subiectele discutate erau personale. Desenul familiei — descris de cercetători ca „nesigur-invul-rabil" — prezenta în mod tipic figuri nediferențiate, fiecare cu o „față selă" stereotipă, distanțate una față de cealaltă, adesea plutind în aer și cvent fără brațe. (Aici Main ne atrage atenția să ne amintim de aversiu-a mamei care respinge față de contactul fizic cu copilul ei.) Când i-a fost tată fotografia familiei, copilul evitant de șase ani s-a întors cu spate-a refuzat-o sau a scăpat-o neglijent pe podea (Main, 1995, 2000).

Aproape invariabil părinții copiilor evitanți au fost clasificați în grupa rinte „care respinge" — în parte pentru că păreau să minimalizeze în od regulat importanța și influența relațiilor de atașament. În contextul A, unde modul de discurs al acestor părinți nu a fost nici coerent, nici aborativ, au insistat pe imposibilitatea de a-și aminti experiențe ale co-ăriei și pe contradicția dintre relația ideală pe care pretindeau că au ut-o și cea mult mai problematică pe care chiar au trăit-o.[1]

Lucrul cel mai surprinzător la transcrierile IAA ale părinților care res-ng este discrepanța dintre termenii strălucitori pe care îi aleg inițial

[1] Există o subcategorie rară a celor „care resping" — Ds2 — caracterizați nu de idealizare, ci de dispre-uirea figurilor de atașament (Hesse, 1999).

pentru a descrie relația cu proprii părinți — în cel mai rău caz, „normal", cel mai bine, între „foarte bine" și „excelent" — și amintirile adesea des-curajante pe care le oferă mai târziu, când își explică alegerile anterioa-re. Descrierile idealizatoare sau normalizatoare sunt ori fără suport („nu îmi amintesc"), ori dezmințite de experiențele la care fac referire ulterior în interviu.

Main a ilustrat această inconsecvență cu exemplul unei mame care își caracteriza mama prin cuvintele „grijulie, iubitoare... și suportivă":

> Odată mi-am rupt mâna jucându-mă prin curte. Lucruri ca acesta ar fi făcut-o pe mama foarte furioasă, ura astfel de episoade. A durut mult timp, dar nu i-am spus nimic. A aflat de la un vecin probabil datorită fe-lului în care îmi țineam mâna... Nu îi plăceau copiii care plâng. Întot-deauna am încercat să nu plâng pentru că ea era într-adevăr o persoană puternică (Main, 2000, pp. 1084–1085).

Când era copil, mama descrisă de Main a învățat să-și inhibe sentimen-tele, impulsurile și comportamentul legate de atașament. Ca adult, evită astfel de sentimente și impulsuri idealizându-și mama „grijulie, iubitoa-re și suportivă". Atunci când amintirile dureroase amenință această idea-lizare, ea o susține reformulând defectele mamei ca fiind de fapt calități: „Întotdeauna încercam să nu plâng, pentru că era o persoană cu adevărat puternică". În acest fel, adulții care resping în mod frecvent „justifică" izo-larea emoțională din copilărie, explicând că respingerea, neglijența sau fu-ria părinților lor le-au dat o educație dură — dar bună — care a încurajat autosuficiența și determinarea.

Părinții copiilor evitanți din studiul lui Main păreau să mențină în mod activ, inconștient, această izolare emoțională. Ei minimizau potențialul evocator al experiențelor de atașament din trecut prin intermediul ideali-zării (sau devalorizării), al lipsei selective a atenției și al insistenței pe im-posibilitatea amintirii. Pe parcursul relației din timpul interviului, în aici-și-acum ei au păstrat o distanță emoțională prin intermediul unei ati-tudini care dezvăluia urmele respingerii din partea părinților, precum și a propriilor copii. Părând mai interesați să termine interviul decât de cola-borarea autentică, acești părinți păreau să respingă într-un mod subtil (sau mai puțin subtil) chiar intervievatorul: „Mama mea? Nimeni. Niciun fel

relație. Următoarea întrebare?" (Hesse, 1999, p. 403). Ca și copiii lor, nu trăit — sau au simțit că își pot permite să nu arate — niciun fel de stres, vulnerabilitate sau furie. Totuși, cercetările ulterioare folosind mă-rători fiziologice ale distresului au arătat că lipsa afectului la adulții care sping — la fel ca la copiii evitanți — este doar aparentă (Dozier & bak, 1992).[2]

Copiii evitanți și părinții care resping au în comun un mod de expe-nță în care atenția față de problemele legate de atașament a fost restric-nată în mod radical. Ambele grupuri par să aibă o lume reprezentațio-lă guvernată de reguli care minimizează conștientizarea sentimentelor general și a sentimentelor bazate pe atașament în mod special. „Știri-" despre această lume emoțională aplatizată, așa cum se înregistrează la nivel intern și sunt „emise" public, au tendința să fie bune — ca și m ar reflecta în permanență necesitatea de a se simți (sau de a părea că simt) puternici, autonomi și independenți. Totuși, cercetarea lui Main trас atenția asupra unor caracteristici ale acestui peisaj intern care erau, să spunem așa, învăluite în ceață. Putem vedea dovezi clinice ale aces-r experiențe încețoșate, greu de accesat de pacienții care resping și care r să proiecteze asupra altora (sau în alții) propriile nevoi, vulnerabilități furi renegate.

Lipsa de atenție intenționată față de experiența legată de atașament im-une limitări semnificative pentru părinții care resping și copiii lor evi-nți. Nefiind atenți la atașament, acești părinți trebuie să se distanțeze ât față de ceilalți, cât și față de dorințele lor cele mai adânci. Pe parcur-l acestui proces, ei au împiedicat nu numai capacitatea lor de a reflecta upra experienței (interne și interpersonale), ci și capacitatea lor de a răs-unde într-un mod senzitiv semnalelor copiilor lor. Pentru a conserva sta-a mentală de respingere care a făcut posibilă propria supraviețuire emo-onală, părinții care resping au trebuit să ignore sau să reprime nevoile e atașament ale copiilor lor. Ca răspuns la acestea, copiii evitanți — cu evoile blocate — au învățat să trăiască ca și cum nu ar avea niciun fel de evoie.

Adulții care resping prezintă un maxim în răspunsul tegumentar galvanic în special ca urmare a în-trebărilor despre separare, respingere și/sau trăirea sentimentelor de amenințare din partea părin-ților (Dozier & Koback, 1992).

Prefigurând cercetările ulterioare despre natura coconstruită a relați-ilor de atașament, Main a afirmat că acest tip de „cooperare în diadă" poa-te explica cum regulile și modelele părinților care resping ajung să fie adoptate de către copiii lor evitanți (Main și colab., 1985). De fapt, ea su-gera că ceea ce este pus în act în relația cu părinții este internalizat de că-tre copil. Părinții care resping generează dialoguri ale dezvoltării care ex-clud exprimarea nevoilor pentru contact fizic și emoțional. Copiii lor internalizează aceste dialoguri sub forma unor modele de lucru neinte-grate care nu lasă loc pentru dorință, ca să nu mai vorbim de încercarea de a satisface astfel de nevoi.

Totuși, nevoia pentru confort sau contact în fața unei amenințări sau dureri este imprimată de modelul evoluționist. Nu poate fi exterminată, se poate doar lupta împotriva ei. Acesta este scopul strategiilor evitan-te/de respingere care își propun să minimizeze conștientizarea indiciilor interne și externe legate de atașament pentru a dezactiva sistemul de com-portament al atașamentului (Main, 1995).

Aceste strategii „de minimizare" sau „dezactivare" sunt țesute în mode-le de lucru contradictorii — conștiente și inconștiente — care modelează ex-periența internă și interpersonală a indivizilor evitanți/care resping. Un mo-del este în mod conștient îmbrățișat și implică sentimentul că sinele este bun, puternic și complet, în timp ce alții sunt nedemni de încredere, plini de ne-voi și inadecvați. Al doilea model, care este inconștient și temut, implică un sentiment deranjant că sinele este defectuos, dependent și neajutorat, în timp ce alții, ca răspuns, pot să respingă, să controleze sau să pedepsească. Stra-tegiile de dezactivare sprijină primul model ca mecanism de apărare față de al doilea (Mikulincer & Shaver, 2003). Mai specific, aceste strategii promo-vează distanța, controlul și bazarea pe sine (esența modelului conștient), in-hibând experiența emoțională care poate activa sistemul de atașament (care este reprezentat într-un mod descurajant de modelul inconștient).

Ca terapeuți, adesea vedem dovezi clinice ale acestor modele contra-dictorii la pacienții care resping și care par să „relocalizeze" propriile ne-voi și vulnerabilități evidente în alții, pe care apoi îi consideră slabi, îm-povărați și indezirabili. Într-un sens mai larg, stima de sine exagerată a acestor pacienți pare să fie asigurată de descoperirea, cu un preț conside-rabil, a greșelilor celorlalți, de care altfel ar fi trebuit să depindă sau pe care să-i iubească.

taşament ambivalent/preocupat: nu există loc ntru o minte proprie

Opusul strategiei de dezactivare pe care Main a observat-o la copiii evinţi este strategia de „hiperactivare" pe care a descoperit-o la copiii amivalenţi. În timp ce evitarea era marcată de o suprareglare a afectului, nbivalenţa implica subreglare. Acolo unde, în situaţia străină, copilul vitant se concentrează exclusiv pe jucării, copilul ambivalent se poate oncentra doar pe mamă.

Agăţându-se de aceasta şi împotrivindu-se furios pe de o parte sau în nod alternativ fiind redus la o pasivitate neajutorată, pe de altă parte, copiil ambivalent era extrem de greu de consolat. În permanenţă anxios faţă de oziţia mamei, părea prea copleşit pentru a putea explora. Acest tipar de fect amplificat — exprimat prin ambivalenţă sau /şi neajutorare — a fost ăzut ca un răspuns previzibil al copilului faţă de o mamă imprevizibil resonsivă. În măsura în care un astfel de răspuns ajută la asigurarea atenţiei mamei, altfel inconstantă, şi frânează explorarea autonomă pe care ea pare ă o descurajeze, el poate fi privit ca un compromis adaptativ şi necesar.

Acum gândiţi-vă la copilul ambivalent tipic de şase ani din studiul lui Main care — ca şi sugarul — a oscilat între exprimări intense ale nevoii şi uriei. De exemplu, ca răspuns la fotografia ce ilustra separarea, unul dinre aceştia a spus că micuţul din fotografie le va cumpăra părinţilor flori i apoi le va ascunde hainele. În mod similar, reîntâlnirile ambivalente au ost caracterizate de comportamente care aveau mesaje mixte: un copil a tat ascultător în braţele mamei, pentru ca apoi să se întoarcă cu spatele, ar altul şi-a exprimat în mod ostentativ afecţiunea faţă de părinte, ca apoi ă rupă brusc contactul. Desenele familiei realizate de copiii ambivalenţi — lescrise ca „vulnerabile" — erau figuri foarte mici sau foarte mari, întotleauna aşezate foarte strâns una lângă alta şi adesea prezentând într-un nod evident părţi vulnerabile sau intime ale corpului. Atunci când li s-a nmânat fotografia de familie Polaroid, copiii ambivalenţi de şase ani au levenit neliniştiţi: unul dintre ei a privit-o fix, neliniştit şi apoi a început ă se ciupească. Faţă de prototipul copiilor siguri care se bucurau de foografie sau faţă de cei evitanţi care nu se uitau la ea, copiii ambivalenţi păreau să fie absorbiţi de imaginea fotografică a ataşamentului — dar în acelaşi timp şi tulburaţi de ea (Main, 1995, 2000).

Părinţii copiilor ambivalenţi erau şi ei profund absorbiţi de propriile lor preocupări tulburătoare legate de ataşament. Ca şi copiii lor, a căror grijă legată de prezenţa mamei le-a subminat explorarea în cadrul situaţiei străine, aceşti părinţi păreau să depună eforturi sub povara unei „preocupări excesive, confuză, furioasă sau pasivă faţă de figurile de ataşament", preocupare care compromitea explorarea propriului istoric de ataşament (Main, 1995, p. 441). Observaţia că aceşti părinţi au tendinţa să descurajeze autonomia copilului lor poate fi explicată prin frica de abandon şi neajutorare care pare să stea la baza anxietăţii lor. Aparţinând categoriei „preocupaţi" şi cotaţi cu „E" („prinşi în mreje sau plasă"), aceşti părinţi au răspuns la IAA ca şi cum emoţiile din trecut le-ar opri capacitatea din prezent de a-şi aminti într-un mod coerent şi de a reflecta.

De exemplu, atunci când este întrebat despre amintiri recente, un adult preocupat precum cel din studiul lui Main poate face o trecere lină de la descrierea pe un ton furios a unui episod din trecut cu tatăl său către o discuţie în care se plânge pe un ton amar de lucrurile prezente care îl nemulţumesc la tatăl său — inserând în naraţiune, în citate „nemarcate" spusele tatălui („De ce nu ai putut să o asculţi niciodată pe mama ta?") sau formulări de adresare directă ca şi cum acesta ar fi fost prezent acolo („Să nu îmi mai vorbeşti *niciodată* aşa!"). Această influenţă supărătoare şi pervazivă a trecutului a fost, de asemenea, evidenţiată prin limbaj copilăresc („Mămica era supărată că m-a muşcat căţelul"); termeni vagi („Tăticul m-a luat în braţe şi gata"); cuvinte fără sens („dadadada"); propoziţii încâlcite din punct de vedere gramatical şi/sau propoziţii care nu erau complete (Main, 1995; Hesse, 1999).

Frica şi furia intense sau pasivitatea evocată de ataşamentele din trecut sau curente subminau capacitatea părinţilor preocupaţi nu numai pentru coerenţă, ci şi pentru un discurs colaborativ. Aceşti părinţi comunicau într-un mod confuz şi confuzant, generând naraţiuni greu de urmărit, tangenţiale până la irelevanţă şi mult prea lungi. În relaţia cu intervievatorul, erau copleşitori, neacordaţi cu indiciile conversaţionale obişnuite şi descurajau autonomia — exact acele calităţi parentale care au cea mai mare probabilitate să producă strategiile de „hiperactivare" ale copiilor ambivalenţi. Amintiţi-vă că pentru a asigura atenţia inconstantă a părinţilor aceşti copii au învăţat să-şi amplifice exprimarea distresului. În mod similar, părinţii preocupaţi se arătau vulnerabili în faţa

sentimentelor de distres, părând incapabili (sau nedorind) să le facă față (Main, 1995, 2000).

Acești părinți și copiii lor ambivalenți păreau să aibă o lume reprezentațională modelată de modele de lucru multiple, neintegrate. Se presupune că aceste modele sunt rezultatul experiențelor contradictorii cu figurile de atașament imprevizibile. Responsive relativ, apoi intruzive sau indisponibile, aceste figuri de atașament le provoacă copiilor lor o preocupare constantă cu promisiunea de apropiere, pe de-o parte, și posibilitatea pierderii acesteia, pe de altă parte. Probabil, apropierea a fost asociată cu o experiență favorabilă care a generat modelul unui sine aflat în distres și în interacțiune cu o persoană câteodată responsivă — în timp ce abandonul a fost asociat cu o experiență problematică ce a dus la modelul unui sine autonom în interacțiune cu o persoană neresponsivă (Mikulincer & Shaver, 2003).

Încărcătura emoțională creată de astfel de modele aflate în conflict a compromis capacitatea acestor părinți de a percepe cu exactitate semnalele copiilor și de a răspunde într-un mod consecvent nevoilor acestora. De asemenea, a interferat cu capacitatea lor metacognitivă de a reflecta liber și într-un mod folositor asupra propriei experiențe. Astfel, regulile de atașament — distresul amplificat, autonomia inhibată — care își au originea în strategia comportamentală a copilului ambivalent continuă să împiedice explorarea competitivă și independentă, inclusiv autoexplorarea.

Main a concluzionat că exact aceste reguli de atașament sunt responsabile atât pentru răspunsurile confuzante și copleșite emoțional la IAA ale părinților, cât și pentru senzitivitatea lor inconsecventă la indiciile nonverbale ale copiilor. Acești părinți erau pur și simplu prea supărați de conflictele trecute și prezente pentru a procesa într-un mod eficient informațiile legate de atașament care apăreau din interior (memorie) sau din afară (semnalele copiilor). Cercetarea lui Main — și experiența clinică — sugerează faptul că acest tip de distres este atât de legat de „siguranța *resimțită*, dar *falsă*" dezvoltată în copilărie, încât rămâne în perioada adultă ca o povară la care renunță greu (Main și colab., 2005, p. 292). Ca rezultat, strategia hiperactivatoare a părinților preocupați (ca și strategia dezactivatoare a părinților care resping) tinde să fie pusă în act cu copiii lor — și adoptată de către aceștia.

Atașamentul dezorganizat/lipsit de soluție: cicatrice ale traumei și pierderii

Copilul mic dezorganizat/dezorientat manifestă sporadic un comportament față de mamă în situația străină care pare bizar, inexplicabil, în mod evident conflictual sau disociat. Apărând ca răspuns față de un părinte înspăimântător pentru copil — sau al cărui răspuns înfricoșat sau disociat declanșează frica copilului —, aceste comportamente reflectă colapsul unei strategii de atașament organizat atunci când copilul, simțindu-se în pericol, se află în fața unui paradox fără ieșire, în care sanctuarul său sigur dictat biologic este simultan și sursa alarmei sale.

Aici, încă o dată, Main a descoperit continuitatea: chiar acele trăsături de comportament care au clasificat copilul ca dezorganizat caracterizează „vestigiile reprezentaționale" ale copilului tipic de șase ani care apare „speriat într-un mod inexplicabil și incapabil de a face ceva în acest sens" (Kaplan, 1987, p. 109). După ce le-au fost arătate fotografiile ce ilustrau separări, acești copii au devenit tăcuți, prea perturbați pentru a mai putea răspunde sau și-au imaginat rezultate catastrofale, sau au prezentat dezorganizare în limbaj sau comportament. În mod similar, desenele familiei adesea prezentau elemente bizare și/sau perturbatoare (cum ar fi părți ale corpului dezmembrate, schelete sau figuri de-abia schițate). Atunci când le-a fost prezentată fotografia familiei, copiii de șase ani au devenit tăcuți, iraționali sau supărați (unul dintre copii, inițial vesel, a devenit tăcut și nefericit uitându-se la fotografie timp de 12 secunde) (Main și colab., 1985; Main, 1995).

Totuși, în mod surprinzător, copiii evaluați ca dezorganizați în copilăria mică păreau să aibă acum, după reîntâlnire, o nouă strategie comportamentală. În timp ce răspunsul la situația străină a dezvăluit un colaps aparent al strategiei, comportamentul lor după cinci ani părea să reflecte un efort sistematic de a-și *controla* părinții, fie prin inversarea rolurilor, având grijă de ei („Ești obosită, mamă? Vrei să stai jos și să-ți aduc puțin ceai (fictiv)?"), fie prin a fi agresivi în mod direct și punitivi („Stai jos și taci, și ține-ți ochii închiși! Am zis, închiși!") (Hesse & Main, 2000, p. 1107). Altădată părea că acești copii și-au luat un rol parental pentru a menține proximitatea cu părinții lor, făcând față în același timp amenințării pe care aceștia o reprezentau. Această strategie de control/inversare de rol a ieșit

arte mult în evidență în timpul discuției de după reîntâlnire, în care con-
rsații „nonfluente" (marcate de bâlbâieli și starturi false) erau domina-
de copiii de șase ani, care fie respingeau într-un mod punitiv comuni-
rea cu părinții, fie „sprijineau"cu stăruință această comunicare (Main și
lab., 1985; Main, 1995).

Studiul lui Main a arătat că părinții copiilor dezorganizați au trăit tra-
me și/sau pierderi care au rămas nerezolvate. Ceea ce părea să fie deci-
v aici nu era experiența problematică de viață în sine, ci cum a fost (sau
a fost) integrată și înțeleasă această experiență. Adică, nu antecedem-
le de traumă sau pierdere ale părinților erau cele care determinau rela-
statistică cu starea de atașament a copiilor; în mod special, *lipsa rezol-
rii* de către părinți a problemelor legate de aceste antecedente anticipa
atașamentul dezorganizat al copiilor lor (vezi, de asemenea, Ainsworth &
chberg, 1991). În contextul IAA, această lipsă a rezolvării era vizibilă în
ezorganizarea capacității părinților de a-și aminti și de a reflecta asupra
entualelor evenimente traumatice, cum ar fi moartea unui membru
propiat al familiei sau abuzul fizic sau sexual. Atunci când părinții au
ezentat „lacune în monitorizarea raționamentului sau a discursului" în
cercarea de prezentare a acestor evenimente, au fost clasificați ca *nere-
lvați/dezorganizați*.[3]

Lacunele de monitorizare a *raționamentului* au fost observate atunci
nd un părinte făcea afirmații care ori reflectau aspecte incompatibile ale
eleiași realități (sugerând, de exemplu, că cineva era și mort, și viu în
elași timp), ori încălcau ipotezele universal acceptate despre cauzalita-
sau relație spațiu/timp (considerând, spre exemplu, că moartea poate
urmarea unui gând). Ca răspuns la probele care stimulau discuția de-
re pierdere sau abuz, pacienții nerezolvați păreau să fie temporar inva-
ți de pătrunderea amintirilor sau credințelor legate de traumă într-o sta-
mentală predominantă, care în mod normal erau rezervate unei stări
entale separate, disociată.

Recent descoperită, a cincea categorie a IAA — „nu pot fi clasificați" —, de asemenea, pare să prezi-
că dezorganizarea la copil. Hesse (1996) a propus că, chiar dacă adulții cu traume nerezolvate prezin-
tă „perioade scurte și circumscrise de dezorganizare în vorbire și raționament", cei care nu pot fi cla-
sificați prezintă „o dezorganizare globală sau colapsul unei strategii de discurs unice sau consistente,
care apare pe tot parcursul interviului" (Main și colab., 2005, p. 285). Cercetarea a arătat că acea ca-
tegorie a celor care nu pot fi clasificați este asociată cu adulți ale căror vieți sunt marcate de tulbu-
rări psihice, violență sau abuz sexual (Hesse, 1999).

Lacunele în monitorizarea discursului erau observate atunci când persoana intervievată schimba brusc „registrul discursului" — de exemplu trecerea bruscă de la o descriere clară a experienței traumatice la o descriere exhaustivă amănunțită; de la o relatare concentrată la o tăcere prelungită, fără să-și aducă aminte ulterior despre ce se vorbise anterior sau de la o „voce narativă" la alta (de la un om îndoliat la un om care ține discursul funerar). Main a sugerat că, pe parcursul acestor schimbări, era declanșată o stare de conștiență modificată, în care subiectul era „posedat" de o anumită experiență traumatică ce nu mai fusese niciodată supusă unei procesări conștiente.

Aceste lacune de raționament și discurs erau adesea scurte — punctând curgerea interviului cu un părinte fără soluție, așa cum comportamentul inexplicabil sau contradictoriu al copiilor dezorganizați întrerupea pentru scurt timp modelele lor obișnuite de interacțiune în situația străină. Main a sugerat că tocmai aceste intruziuni ale amintirilor traumatice care produceau lacunele în contextul IAA erau responsabile acasă pentru comportamentul înspăimântător al părinților cu traume nerezolvate, care produceau la copiii lor un atașament dezorganizat (Main, 1995, 2000; Hesse & Main, 2000).

Lipsa rezolvării de către părinți a traumei sau pierderii din trecut conduce spre stări mentale în mod evident discontinue, care necesită o negare rigidă a experienței supărătoare. Când întrebări din IAA sau contexte ale creșterii copiilor evocatoare emoțional care se asemănau cu cele din trecutul traumatic perturbau această negare, adulții cu traume nerezolvate se aflau brusc în situația de a cădea în stări mentale copleșitoare, haotice, asemănătoare unei transe.

Părinții cu traume nerezolvate aflați sub impactul unor astfel de stări — declanșate, de exemplu, de țipetele și crizele de furie ale copiilor de neconsolat sau mânioși — se pot manifesta cu prea mare ușurință în moduri care înspăimântă copiii. Furia parentală care erupe într-un abuz fizic sau emoțional este de două ori mai devastatoare, deoarece se joacă cu răspunsul biologic al copiilor față de frică. Copiii nici nu se pot apropia, nici nu se pot îndepărta de o figură de atașament care este în același timp sursă a pericolului perceput și singurul sanctuar al siguranței. De aici rezultă comportamentul anormal al copiilor dezorganizați care reflectă „contradicția sau inhibiția acțiunii pe măsură ce e realizată sau înghețul, ca și cum

u ar exista nicio soluție alternativă" (Ainsworth & Eichberg, 1991, p. 162; lain, 1995; Hesse & Main, 2000).

Important este totuși că nu numai afectele copleșitoare sau comportamentele înfricoșătoare ale părinților sunt cele care produc dezorganiza-ea. Traumele nerezolvate pot fi, de asemenea, exprimate prin semne ale lcii — cum ar fi retragerea fizică din fața copiilor lor sau disocierea —, are pot fi la rândul lor alarmante, pentru că baza sigură este resimțită ca efiind atât de sigură. Deoarece copiii mici nu sunt capabili să interprete-e motivațiile care stau la baza comportamentului părinților lor, ei sunt ulnerabili ideii că sunt cumva de vină pentru frica, retragerea sau disoerea părinților.

Aceste experiențe de a se simți în pericol din cauza unei figuri de ata-ment — sau de a fi periculoși pentru aceasta —, figură de care depinde upraviețuirea lor, sunt pur și simplu prea copleșitoare pentru a putea fi ntegrate. Astfel, ele trebuie ținute în șah atât de către copiii dezorganizați, it și de către părinții lor cu traume nerezolvate. Totuși, aceste experiențe enegate rămân în continuare o prezență mai mult sau mai puțin perturatoare, ascunse la periferia conștientizării și intrând periodic în prim-plan.

Clinicienii cunosc costul exorbitant al eforturilor pacienților cu traume erezolvate de a „exila" trauma sau pierderea din trecut. Acești pacienți se mt în permanență amenințați atât din interior, cât și din exterior, împovă-ați de o vulnerabilitate continuă la disociere, la emoții copleșitoare sau la o me externă devenită periculoasă, din cauza proiecției externe a experienl interne de nesuportat. Mai mult, capacitatea lor pentru monitorizare me-cognitivă este limitată considerabil — pentru că dacă s-ar uita cu atenție interiorul lor sau al altora, ar risca să aducă la suprafață ceea ce trebuie să mână ascuns dintr-o necesitate emoțională. În final, așa cum confirmă preentarea făcută de Main, modelele de lucru disociate și periculoase ale pă-nților cu traume nerezolvate — și forcluderea asociată a autoreflecției — îi pun pe copiii lor la un mare risc pentru un atașament dezorganizat, preım și pentru psihopatologiile cu care acesta este adesea asociat.

biecții și o notă asupra terminologiei

Deși îmi este de un mare ajutor să privesc pacienții din perspectiva ărilor lor mentale prevalente legate de atașament, adevărul este că

niciodată complexitatea lor ca persoane întregi nu poate fi cuprinsă adecvat folosind un singur termen — sigur, care respinge, preocupat sau nerezolvat. Printre altele, din acest motiv există o continuă dezbatere în ceea ce privește categoriile de atașament (vezi Brennan, Clark & Shaver, 1998).

Într-adevăr, cercetătorii din psihologia socială au susținut că este mai puțin semnificativ să ne gândim la modelele de atașament ca la categorii sau „tipuri", în loc să le considerăm regiuni ale unui spațiu bidimensional, în care una dintre dimensiuni corespunde *evitării* (apropierii și dependenței), iar cealaltă *anxietății* (legată de abandon). Observați că aici termenul de „anxietate" corespunde termenului de „ambivalență" al lui Ainsworth și celui de „preocupare" al lui Main.[4] Din acest punct de vedere alternativ, modelul de atașament individual este definit de *relativa* predominanță a evitării și anxietății (Mikulincer & Shaver, 2003).

Adesea, pacienții, odată cu trecerea timpului, dezvăluie multiple stări mentale care sunt, într-o anumită măsură, dependente de context — adică o anumită stare mentală este mult mai posibil să apară în anumite contexte decât în altele. De exemplu, trăind sentimentul de a fi respins, unul dintre pacienții mei care în mod obișnuit părea să se afle într-o stare mentală de respingere a devenit preocupat. Majoritatea oamenilor au o multitudine de „straturi" ale stărilor mentale, fapt care explică în parte paradoxul că deși ar trebui să cunoaștem mai bine pacientul odată ce terapia înaintează, adesea simțim mai puțină claritate cu privire la cine este pacientul — sau că această cunoaștere nu mai poate fi redusă la o simplă clasificare.

Mai mult, deși clasificările de atașament ale pacientului pot sugera o mulțime de implicații clinice valoroase, *particularitățile* din viața și istoricul pacientului sunt întotdeauna cele care ne spun cel mai mult. De exemplu, dorințele pentru apropiere pe care un pacient care refuză a trebuit să

4. Atașamentul securizant este reprezentat de cadranul din stânga sus pentru că indivizii atașați sigur nu sunt nici evitanți în comportament, nici anxioși față de abandon. Atașamentul ambivalent/preocupat este reprezentat de cadranul superior drept, pentru că indivizii cu acest model sunt anxioși față de abandon, dar preferă totuși să caute apropierea decât să o evite. Atașamentul evitant/de respingere este reprezentat de cadranul inferior stâng: adulții cu acest model nu prezintă anxietate față de atașament, dar comportamentul lor este evitant. În sfârșit, cadranul inferior drept reprezintă ceea ce în psihologia socială s-a numit atașamentul temător-evitant: suprapunându-se peste clasificările dezorganizat și nerezolvat ale lui Main, acest model de atașament implică atât comportamentul evitant, cât și anxietatea de abandon.

renege au o mare legătură cu anumite aspecte specifice ale experienței l cu anumite figuri de atașament.

În ciuda tuturor acestor obiecții, atunci când am privit retrospectiv și n reanalizat rezumatele primei sau primelor două ședințe cu pacienți ol, am fost impresionat de puterea primei impresii. În primele ore de atament este de obicei posibil să dezvolți un simț folositor din punct de edere clinic al stării mentale *predominante* a pacientului cu privire la atament.

În final, o notă despre limbaj. Începând cu Main, cercetătorii care folosc IAA s-au referit la „starea mentală individuală cu privire la atașaent" — o evaluare care reflectă coerența prezentării experienței de atament de către adult și care prezice comportamentul de atașament al pilului acestui adult. Între timp, cercetătorii din psihologia socială au eferat să descrie adulții pe care i-au studiat în termenii „stilurilor de atament" — o evaluare care rezultă din relatările experiențelor de formaa relațiilor romantice sau a altor relații apropiate. În ciuda acestor difente, atât „stările mentale relative la atașament", cât și „stilurile de așament" sunt legate de modelul intern de lucru, strategiile de atașaent și istoricul care le produce. Din acest motiv am folosit acești termeni terșanjabili în capitolele următoare.

CAPITOLUL 7

Cum modelează sinele relațiile de atașament

...experiențele relațiilor individului cu ceilalți devin o trăsătură a relațiilor individului cu el însuși.
— Peter Hobson (2002, p. 180)

Bebelușul este o ființă extrem de vulnerabilă și dependentă. Copiii mici nu sunt dotați cu un echipament neural avansat care să le permită să-și gestioneze singuri viața după naștere din punct de vedere fizic, emoțional și al provocărilor din mediul înconjurător. Pentru a supraviețui, ei necesită protecție din partea altora, pe care Bowlby (1988) i-a numit ceilalți „mai puternici sau mai înțelepți" (p. 121). Mai presus de supraviețuirea fizică, copiii mici au nevoie de figuri de atașament care să-i ajute să își formeze și să-și mențină acel punct de referință stabil numit sine.

Dependența absolută a copilului mic înseamnă că adaptarea la figuri de atașament — cu vulnerabilitățile și punctele forte aferente — este obligatorie. Deoarece copilul trebuie să se *adapteze,* acesta se *va adapta.* (Desigur, figurile de atașament suficient de bune au tendința să întoarcă favoarea, adaptându-se și ele copiilor lor: de unde reiese rezultatul empiric conform căruia relațiile de atașament sunt cocreate.) Cercetarea lui Ainsworth este în mod esențial o documentare a diferitelor strategii de adaptare pe care copiii le dezvoltă pentru a câștiga protecția care derivă din proximitatea cu figurile lor de atașament.

Adaptările automate ale copilului la figurile de atașament au cu siguranță rădăcini în instinctele și imperativele supraviețuirii. (Amintiți-vă că nou-născutul este preechipat la naștere cu reflexe cu originea în trunchiul cerebral care inițiază procesul de atașament.) Totuși, atașamentul

ile condus în egală măsură și de nevoia de siguranță resimțită. Deoarece copiii sunt incapabili să-și producă propria siguranță resimțită, ei au nevoie de figura de atașament care să-i ajute să-și gestioneze propriile emoții dificile.

Acest management emoțional poartă denumirea de *reglarea afectului*. ...stinul psihologic al copilului (în termeni de atașament, siguranța sau ...sa acestuia) depinde în mare măsură de succesul sau eșecul relativ cu ...re primele relații reglează afectele copilului. Din această perspectivă, ...rategiile de atașament adaptative pot fi, de asemenea, văzute ca strategii de reglare a afectului, care vor modela sinele în moduri fundamentale și pervazive.

Sinele copilului aflat în dezvoltare izvorăște ca o funcție a acestor strategii adaptative și a sentimentelor, gândurilor și acțiunilor specifice cărora primele relații de atașament ale copilului le pot face efectiv loc. Exprimările sinelui copilului care evocă responsivitatea acordată a figurii de atașament pot fi integrate, în timp ce acelea care evocă răspunsuri de respingere, imprevizibile sau înfricoșătoare (sau niciun răspuns) vor fi disociate sau excluse într-o manieră defensivă. Ceea ce este integrat se poate bucura ulterior de o traiectorie sănătoasă de maturizare; ceea ce nu este integrat tinde să rămână nedezvoltat.

Relațiile de atașament sunt cruciale în procesul de integrare.[1] Dificultățile care aduc pacienții la tratament implică în mod obișnuit abilități neintegrate și nedezvoltate de a simți, gândi și relaționa cu ceilalți (și cu ei înșiși) prin modalități care „funcționează". Pornind de la această idee, Bowlby (1985) a caracterizat sarcina psihoterapeutului după cum urmează: „Rolul nostru constă în sprijinirea pacientului pentru a gândi gânduri care au fost descurajate sau interzise de către părinții lor, pentru a trăi sentimente pe care părinții le-au descurajat sau interzis să le simtă sau pentru a lua în considerare acțiuni la care părinții le-au interzis să se gândească" (p. 198). Rolul clinicianului este, pe scurt, să faciliteze integrarea și, astfel, reluarea dezvoltării sănătoase, începând de obicei cu dezvoltarea emoțională.

[1] În procesul integrării, experiențele dezvoltării de relaționare, de trăire și de gândire sunt strâns legate și se influențează reciproc. De exemplu, dacă o persoană nu a fost ajutată să-și integreze sentimentele puternice, atunci acțiunea poate lua locul gândirii" (Hobson, 2002, p. 175)

Reglarea afectivă și strategiile de atașament

Calitatea răspunsului persoanei care îngrijește copilul la afectele acestuia este extrem de importantă în determinarea naturii strategiei de atașament predominante — de siguranță sau nesiguranță — pe care copilul o adoptă. În cazul atașamentului securizant, răspunsurile persoanei de îngrijit ajută atât la alinarea distresului copilului, cât și la amplificarea emoțiilor pozitive. În consecință, copilul trăiește relația de atașament ca un context în care afectele pot fi reglate eficient. Astfel, ceea ce se înregistrează la nivel intern este un sentiment visceral că apropierea față de alții poate fi o sursă pentru alinare, confort și plăcere. De asemenea, se înregistrează sentimentul că sinele — exprimându-și întreaga gamă de experiențe corporale și emoționale — este bun, iubit, acceptat și competent.

Procesul de reglare afectivă este cel în care copilul, prin intermediul unor „bio-feedbackuri" sociale, ajunge să asocieze exprimările inițiale involuntare ale emoțiilor cu răspunsurile persoanei care-l îngrijește. Adică el ajunge să „știe" că afectele lui sunt responsabile de evocarea răspunsurilor persoanei de îngrijit care-i oglindesc afectul. Astfel, în cel mai de dorit scenariu, copilul învață o mulțime de lucruri foarte utile: (1) că exprimarea sentimentelor poate avea rezultate pozitive — care generează sentimente pozitive față de sine și ceilalți; (2) că poate avea un impact asupra celorlalți — ceea ce generează un sentiment de liber arbitru sau autoinițiativă; și (3) treptat că *anumite* afecte pot declanșa anumite reacții — ceea ce îl ajută să înceapă să diferențieze și în cele din urmă să numească aceste sentimente (Fonagy și colab., 2002). Astfel, o relație de atașament securizant poate fi văzută ca o școală în care învățăm să ne reglăm afectele în mod eficient, nu numai în copilăria mică, ci și de-a lungul întregii noastre vieți.

Modelul siguranței pe care l-am schițat reflectă ceea ce Main a numit *strategia primară de atașament*. Un produs preprogramat biologic al evoluției, ea asigură căutarea proximității față de o figură de atașament, a cărei acordare afectivă face capabil copilul mic să o perceapă atât ca un sanctuar al siguranței în momentele de alarmă, cât și ca o bază de siguranță a cărei disponibilitate face posibilă explorarea autonomă. Totuși, atunci când semnalele emoționale ale copilului evocă răspunsuri neacordate din partea persoanei care-l îngrijește, ce descurajează căutarea proximității sau autonomia, strategia primară de atașament va fi respinsă. Mai exact, se va

nodifica pentru a se adapta anumitor vulnerabilități ale persoanei de ngrijit (nesigure): copilul va dezvolta o *strategie secundară de atașament* care eflectă ori o *dezactivare*, ori o *hiperactivare* a sistemului comportamental de atașament. Aceste strategii ale copilului pot fi văzute și ca precursori ai mecanismelor de apărare care își au originea în eforturile necesare și uneori puate ale copilului de a scoate tot ceea ce este mai bun dintr-o situație moastă — adică să se adapteze la figurile de atașament ale căror proprii mecanisme de apărare le-au compromis capacitatea de a regla în mod interactiv afectele copiilor lor (Main, 1990, 1995; Mikulincer & Shaver, 2003).

Dezactivarea este prezentă la copiii mici clasificați ca evitanți, precum și adulții a căror stare mentală este descrisă ca respingând. La polul opus, hiperactivarea este strategia adaptativă a copiilor care sunt ambivalenți și a adulților a căror stare mentală este preocupată. Copiii dezorganizați, la fel ca adulții nerezolvați, oscilează între strategiile de hiperactivare și dezactivare.

Ca regulă, o strategie predominant de dezactivare apare atunci când răspunsurile părinților la afectele copilului legate de atașament sunt de aversiune. Aici, semnalele de distres ale copilului și ofertele de proximitate au produs reacții de respingere sau/și de control. Prin respingerea ofertelor de proximitate, părintele eșuează să restabilească echilibrul emoțional al copilului, iar intruziunea acestuia poate face copilul să se simtă supraexcitat emoțional (Sroufe, 1996). În niciunul dintre cazuri el nu primește ajutor pentru a face față propriilor sentimente de neînțeles — ci exact opusul. Pentru a putea menține cea mai bună relație de atașament în aceste circumstanțe, copilul învață să-și supraregleze sentimentele și exprimarea acestora și să se distanțeze de impulsul de a se apropia.

Vă puteți gândi aici la pacienții obsesivi, narcisici sau schizoizi al căror spectru emoțional este îngust, care pot părea mai mult sau mai puțin „orbi" la semnalele afective ale altora și a căror responsivitate aplatizată poate face să se simtă dezinteresați de viață — un fel de „a face pe mortul". Siegel (1999) a sugerat că la adulți această strategie evitantă de dezactivare se reflectă în înclinația către creierul stâng și activarea sistemului nervos parasimpatic.[2] Ceea ce rămâne neintegrat la pacienții cu această

[2] Aici, conceptualizarea lui Siegel este de ajutor pentru că subliniază atât „deficitele" unui pacient predominant evitant/care respinge, cât și capacitățile nedezvoltate, care necesită atenție terapeutică, pentru a fi reintegrate. Din punctul de vedere al neuroștiințelor, acești pacienți au nevoie de la terapeut de o abordare care să-i ajute să-și câștige accesul la informațiile emoționale, holistice venite de la creierul drept — de la care par să fie deconectați.

strategie sunt, de fapt, toate emoțiile, dorințele și satisfacțiile asociate relațiilor intime. Nu mai este nevoie să spun că evitarea apropierii constrânge dezvoltarea capacității lor pentru sentimente profunde, exprimare sexuală, dependență sănătoasă și încredere.

La polul opus, strategia de hiperactivare a copiilor ambivalenți pare să fie organizată în jurul căutării apropierii. În încercarea de adaptare la părinții a căror responsivitate la emoțiile copilului este imprevizibilă și/sau neacordată, copilul învață că amplificarea afectelor lui crește șansa de captare a atenției părinților. Totuși, calitatea și cantitatea atenției evocate de obicei nu se potrivesc cu nevoile copilului. Deci, acesta învață că nu numai ofertele sale pentru suport adesea nu reușesc să producă rezultatul dorit, ci și că pentru a câștiga confortul trebuie să mențină această exprimare a distresului la un nivel destul de înalt. Pe scurt, învață să-și mențină sistemul de atașament în mod cronic activat.

Strategia de hiperactivare a pacienților pe care îi putem vedea ca isterici sau borderline poate reflecta, de asemenea, preocuparea lor față de lipsa de disponibilitate percepută a figurilor de atașament — din trecut sau prezent — al căror ajutor au căutat să-l câștige prin maximizarea afișării distresului. Din nefericire pentru acești pacienți, nevoia lor de a menține sistemul de atașament activat cronic îi face hipervigilenți și predispuși să exagereze prezența pericolului — în special pericolul de abandon. Ca în cazul strategiei de dezactivare, prețul acestei protecții este mare. Încurajând un sentiment de neajutorare personală, strategia de hiperactivare împiedică integrarea sentimentelor pozitive despre sine și despre alții din cel puțin două motive. Primul este că aceste sentimente riscă să *dez*activeze sistemul de atașament de care supraviețuirea emoțională a ajuns să depindă. Al doilea este că supradependența subminează stima de sine și tinde să provoace chiar abandonul pe care în mod inconștient urmărea să-l evite. Mecanismele de apărare de hiperactivare, de asemenea, subminează dezvoltarea mutualității în relații, a autonomiei în gândire și acțiune și, desigur, reglarea afectivă. Legat de aceasta, recurgerea obișnuită la hiperactivare poate coborî pragul declanșării sistemului nervos simpatic și poate diminua capacitatea de a exercita controlul cortical asupra reacțiilor emoționale. Implicația care reiese de aici este că pacienții noștri preocupați au nevoie de noi pentru a-i ajuta să-și moduleze reactivitatea emoțională și să-și întărească capacitatea de a face față emoțiilor, dându-le un sens.

Atașamentul dezorganizat este văzut în general ca reflectând colapsul [unei] strategii adaptative a unui copil speriat, condus de instinctul de a [căuta] proximitate la un părinte speriat. Totuși, Main (1995) menționa ca [do]vadă a dezorganizării afișarea secvențială sau simultană a unor mode[le] de comportament contradictorii:

> Un exemplu observat la un copil maltratat era afișarea pronunțată a unui comportament de atașament (alerga, plângând, cu brațele deschise, către părinte), urmată într-un mod inexplicabil de evitare (copilul se oprește brusc, se întoarce cu spatele la părinte și tace) (p. 423).

În mod corespunzător, s-a sugerat că adulții cu traume nerezolvate au [î]nvățat să recurgă atât la strategii de dezactivare, cât *și* la cele de hiperac[ti]vare. Acești adulți au de obicei un istoric de traumă în legătură cu figu[ri]le de atașament care evocau atât o evitare a apropierii, cât și o teroare de [a]bandon (Mikulincer & Shaver, 2003). Pacienți ca aceștia sunt sfâșiați de [i]mpulsuri conflictuale (evitarea altora de teamă să nu fie atacați, apelarea [d]isperată la alții de teamă să nu fie singuri) și adesea simțindu-și propri[il]e sentimente ca fiind foarte puternice și haotice. Ca terapeuți, ne poate [fi] de ajutor să înțelegem că un comportament aparent autodistructiv al [a]cestor pacienți reprezintă încercările lor trecute și prezente de a se lupta [în]tr-un mod cât mai autoprotector cu aceste impulsuri contradictorii și [se]ntimente copleșitoare. Integrarea pe care suntem chemați să o facilităm [ai]ci are multiple dimensiuni, incluzând (fără să se limiteze la ele) integra[re]a experiențelor traumatice și a afectelor disociate, precum și repararea [rupt]urilor din imaginea de sine și despre alții. Pentru a face posibilă aceas[tă] integrare, depindem de capacitatea noastră de a genera un atașament [d]in ce în ce mai securizant — un sanctuar de siguranță și o bază de sigu[ra]nță — care poate deveni el însuși sursa principală a capacității pacien[tu]lui de a tolera, modula și de a comunica sentimentele care erau înainte [d]e nesuportat.

Rezumând influența figurilor de atașament asupra dezvoltării copiilor [lo]r (și, prin extensie, influența terapeutului asupra dezvoltării pacienților [să]i), poate fi folositor să reamintim perspectiva lui Fonagy și a lui Main. [D]upă Fonagy, impactul părinților depinde de calitatea oglindirii afectu[lu]i și de capacitatea de a „conține" distresul copilului, prin răspunsuri care

transmit înțelegere empatică, capacitate de a face față situațiilor și conștientizarea atitudinii intenționale emergente a copilului. Oglindirea asigurată de către părinții siguri este în egală măsură contingentă și marcată. Oglindirea necontingentă poate fi asociată cu atașamentul evitant și cu modul de experiență „pretindere că"; oglindirea nemarcată poate fi legată de atașamentul preocupat și de modul echivalenței psihice. În general, siguranța atrage siguranță, în timp ce strategiile defensive adoptate de către părinți tind să fie transmise mai departe propriilor copii.

Din perspectiva lui Main, siguranța se dezvoltă ca o funcție a responsivității senzitive a părinților la exprimările afective ale nevoilor copilului, nevoi de proximitate, pe de-o parte, și de explorare autonomă, pe de alta. Nesiguranța apare atunci când părinții care resping descurajează comportamentul de atașament al copiilor lor sau când părinții preocupați descurajează autonomia acestora. Logica emoțională a acestor greșeli parentale, conform lui Main, derivă din nevoia inconștientă a părinților nesiguri de a-și păstra starea mentală existentă în raport cu experiența din copilărie pe care au avut-o cu proprii părinți. (Această nevoie poate explica parțial paradoxul că deși mulți dintre noi suntem critici față de modul de a ne crește al părinților noștri, de obicei duplicăm anumite aspecte, fără a ține seama de intențiile noastre conștiente.) Părinții care resping, de exemplu, pot să ignore, să respingă sau să încerce să reprime ofertele pline de lacrimi ale bebelușului care caută contact și conexiune, deoarece acestea declanșează, în afara conștientizării, asocieri provocatoare de anxietate cu răspunsurile necorespunzătoare, dureroase ale părinților lor, atunci când ei erau copii.

Părinții, ca și terapeuții, au potențialul de a favoriza o relație sinergică, reciproc consolidată, între reglarea afectului și atașament. În măsura în care părintele se poate acorda la semnalele emoționale ale copilului, există potențialul ca acesta să răspundă eficient la nevoile emoționale ale copilului (prin ameliorarea distresului sau bucurându-se vizibil de plăcerea acestuia). Astfel, părintele întărește legătura de atașament. Ca urmare, părintele — fiind perceput din ce în ce mai mult ca un sanctuar al siguranței sau ca o bază de siguranță — devine din ce în ce mai capabil să ajute copilul să acceseze, să moduleze, să diferențieze și să folosească experiența sa emoțională. Același lucru se poate spune și despre terapeut în relație cu pacientul său.

Figurile de atașament îi ajută pe partenerii lor „dezavantajați din punc-ul de vedere al dezvoltării" (copii, pacienți) să dezvolte modele de regla-e afectivă care modelează și sunt modelate de tipare relaționale. Dacă un opil primește ajutor cu sentimentele pe care le exprimă, va tinde să devi-ă confortabil și priceput în a ști și în a arăta ceea ce simte — ceea ce este, n fapt, o mare parte din a ști cum să ai o relație securizantă. Definiția lui chore (2003) despre atașament ca „reglarea în diadă a emoțiilor" (p. 256) ubliniază că o dezvoltare sănătoasă se sprijină pe o relație care face loc entru experiența emoțională a copilului și ajută la găsirea sensului aces-eia — sau în psihoterapie, pentru experiența emoțională a pacientului.

rocesele relaționale și dezideratele dezvoltării

Cuvântul „deziderat" este definit drept „ceva dorit și care este esen-al" (Merriam-Webster Dictionary, 2003). Multe din contribuțiile aduse de ercetările pe baza teoriei atașamentului — despre parentaj și terapie — onstau în identificarea dezideratelor relaționale legate de dezvoltarea nui sine sigur și integrat. Presupunerea de bază, aici, este că, timpuriu n viață, modele de interacțiune și de reglare afectivă trăite se înregistrea-ă intern ca reprezentări de diverse tipuri, care modelează răspunsurile oastre viitoare la experiență în moduri mai mult sau mai puțin persis-ente. În cele ce urmează vom explora cum sunt internalizate aceste mo-ele și vom încerca să identificăm tipurile de experiențe care ajută într-un od cât mai eficient la o dezvoltare sănătoasă.

Bowlby a sperat că munca sa va ajuta părinții să asigure tipurile de re-ții care vor face copilul capabil să devină sigur și rezilient. Inițial, el a us accentul pe importanța accesibilității părintelui de către copil în mo-ente de nevoie. Mai târziu, în lumina cercetărilor lui Ainsworth, care ubliniau centralitatea responsivității senzitive a părinților la semnalele onverbale ale copilului, Bowlby a afirmat că părinții trebuie să fie res-onsivi și accesibili. Întrebarea este, desigur, ce înseamnă să fii „respon-v senzitiv" ca părinte și ca terapeut.

În ceea ce privește copiii mici, cercetarea lui Ainsworth este în mod par-cular informativă. Bebelușii ale căror plânsete în timpul primelor trei ni evocau răspunsurile cele mai prompte și mai frecvente de consolare n partea părinților erau copiii care, la 12 luni, plângeau cel mai puțin și

care erau cei mai siguri. (Gata cu lăsatul bebelușilor să plângă!) Ainsworth a subliniat, de asemenea, echilibrul „atașament/explorare" și comportamentul de „bază de siguranță" care era încurajat cu succes de către părinții care se simțeau la fel de confortabil cu nevoile copilului pentru proximitate sau autonomie (Ainsworth și colab., 1978).

Pentru viața de după copilăria mică, cercetătoarea atașamentului Karlen Lyons-Ruth (1999) a trecut în revistă literatura, sintetizând descoperirile empirice într-un cadru pe care l-a numit „comunicare colaborativă". O astfel de comunicare, de obicei, ajută copiii să dezvolte siguranță, flexibilitate și modele interne de lucru coerente. Acest cadru are patru elemente.

Primul element: persoana care-l îngrijește trebuie să fie receptivă la întreaga gamă de experiențe a copilului (nu doar la exprimările distresului) și trebuie să încerce să învețe cât se poate de mult despre ceea ce copilul simte, dorește și crede. În mod evident, acest tip de deschidere sau de incluzivitate poate favoriza integrarea, atât de importantă pentru modul în care teoria atașamentului înțelege dezvoltarea sănătoasă. Al doilea element: persoana care îngrijește copilul trebuie să inițieze eforturile pentru repararea relației cu copilul, atunci când aceasta este afectată. Făcând acest lucru, se stabilizează așteptarea copilului că prin interacțiunea cu ceilalți echilibrul său emoțional pierdut poate fi refăcut. Al treilea element: persoana care-l îngrijește trebuie să „sprijine" în mod activ abilitățile emergente de comunicare ale copilului — inițial prin încercarea de a transpune în cuvinte ceea ce copilul preverbal nu poate articula încă și mai târziu prin a-l ruga pe copil să „folosească propriile cuvinte". Al patrulea element: persoana care îngrijește copilul trebuie să fie dispusă să interacționeze în mod activ cu copilul, să-i stabilească limite și să-i permită copilului să protesteze în perioadele în care sentimentul de sine și despre alții este în fluxul dezvoltării. Această deschidere către efort face posibilă pentru copil experiența de a fi conectat chiar și atunci când se simte separat.

Faptul că o comunicare colaborativă depinde de „a cunoaște cealaltă minte" (Lyons-Ruth, 1999, p. 583) ne amintește de observația lui Fonagy că părinții copiilor atașați securizant par capabili nu numai să empatizeze și să facă față distresului copilului lor, ci și să recunoască „atitudinea intențională" a copilului. Adică, ei pot răspunde comportamentului copilului din prisma sentimentelor, credințelor și dorințelor care par să stea la baza lor. Chiar și atunci când acest comportament se află în contradicție

propriile lor dorințe, acești părinți pot răspunde ca și cum ar fi con-
tienți de *contextul* în care comportamentul copilului pare să aibă sens. Observați că aceștia sunt de obicei părinți care pot mobiliza un sine bine dezvoltat reflexiv sau care mentalizează.)

Mulți autori pun accentul pe importanța în relațiile din dezvoltare a „comunicării contingente" — adică acea comunicare prin care răspunsul persoanei de îngrijit față de copil se potrivește, corespunde sau rezonează cu experiența emoțională a copilului. De la naștere, dacă nu și înainte de aceasta, conform lui Trevarthen, Fonagy și alții, ființa umană este un „detector de contingență", a cărui preferință inițială pentru contingențe perfecte stimul-răspuns se schimbă brusc la vârsta de trei luni:

> Dacă centrarea inițială a copiilor pe contingențe perfecte îi face capabili să-și descopere sinele corporal în lumea fizică, concentrarea lor ulterioară pe responsivitatea socială contingentă crescută, dar imperfectă îi face capabili să-și descopere sinele mental în lumea socială (Allen & Fonagy, 2002, p. 9).

Când, subiectiv vorbind, persoana care îngrijește copilul împărtășește o versiune a experienței copilului, această comunicare contingentă îi permite acestuia să „se simtă simțit", așa cum spunea Siegel (1999). Stern acoperă situații înrudite folosind termenul de *acordaj afectiv,* sugerând că o parte semnificativă din ceea ce permite copilului să simtă că stările lui subiective sunt valide și pot fi împărtășite sunt răspunsurile parentale ca ecou al experiențelor emoționale ale acestuia, dar — foarte important — într-un registru senzorial diferit. Această responsivitate în ambele sensuri (copilul scâncește bucuros, iar corpul mamei sale îi răspunde cu o clătinare responsivă) îi permite copilului să se simtă cunoscut — fără această responsivitate, s-ar simți doar imitat.

Comunicarea colaborativă, contingentă și acordată afectiv este centrală în rețeta părinților care vor asigura pentru copiii lor o bază de siguranță. Nu mai trebuie să spunem că efortul de a facilita această calitate a comunicării nu este mai puțin important în psihoterapie. Așa cum scria Bowlby (1988), „dacă terapeutul nu poate să-și facă pacientul să simtă măcar un pic de siguranță, terapia nici măcar nu poate începe. Astfel, începem cu rolul de terapeut care asigură... o bază de siguranță" (p. 140).

Răspunsurile acordate afectiv ale părintelui și terapeutului, care ajută copilul sau pacientul să se simtă „simțit", pot depinde de ceea ce Schore (2003) a numit „comunicarea emisferă dreaptă-emisferă dreaptă" (p. 50). Acest lucru înseamnă că responsivitatea și receptivitatea noastră la semnalele afective ale celorlalți sunt produsul capacității emisferei drepte (în mare măsură prin intermediul cortexului orbitofrontal) de a procesa emoțiile care sunt exprimate nonverbal — adică prin intermediul expresiilor faciale, al tonului vocii, al posturii, al gesturilor și așa mai departe. Unul dintre pacienții mei a enunțat-o în următorul mod: „Eu spun ceva și tu ai expresia aceea pe față și eu *știu* că tu știi ce simt".

Cred că Schore are dreptate atunci când sugerează că este necesar un anumit cadru mental pentru ca părintele sau, respectiv, terapeutul să devină capabil de o astfel de comunicare prin emisfera dreaptă. În acest sens, el a făcut referire atât la recomandarea lui Freud ca analistul să funcționeze având o atitudine de „atenție liber flotantă", cât și la ideea lui Bion că un clinician eficient trebuie să aibă acces la propria „reverie". Din experiența mea cu pacienții, precum și cu propriii copii, capacitatea mea de a mă acorda emoțional se sprijină pe capacitatea mea de a fi prezent în totalitate — deschis și în moment —, și nu pe cea de a fi preocupat sau distant. La părinte și la terapeut, aceste stări mentale receptive — pe care sunt tentat să le caracterizez ca fiind „conștiente" — par să producă răspunsuri care decurg natural din cerințele momentului, incluzând în mod special nevoile emoționale ale copilului sau pacientului.

Experiențele repetate ale unei astfel de responsivități acordate emoțional contribuie la așteptările pozitive care se conturează din ce în ce mai mult în modele interne de lucru sigure. Altfel spus, astfel de experiențe reprezintă lecții despre cum să ai o relație confortabilă și eficientă — cu propria ta persoană și propriile emoții precum și cu alții.

Merită subliniat aici că în calitate de părinte sau terapeut nu este necesar să fii întotdeauna și perfect acordat: din acest punct de vedere, „suficient de bine" este de ajuns. Așa cum Stern (2002) observa în glumă, dar într-un mod instructiv, este o descoperire empirică că, în general, cele mai bune mame fac cel puțin o greșeală la fiecare 19 secunde cu bebelușul lor. Grupul de Studiu al Procesului de Schimbare al lui Stern (2005), Beebe și Lachmann (2002) și o grupare din psihologia sinelui au fost de acord că mai importante decât evitarea unei rupturi care este inevitabilă în relații

...nt tolerarea și repararea acesteia. De fapt, aceste succesiuni de rupere și ...parare, neacordare și reacordare sunt interacțiuni vitale a căror interna... ...are încurajează în mod special încrederea că neînțelegerile pot fi rezol... ...te — și că, în sens mai larg, distresul poate fi descompus, pentru că el ...ate fi alinat.

...ocrearea, integrarea și intersubiectivitatea

Până acum am urmărit ceea ce cercetătorii ne-au spus despre tipurile ... responsivitate favorabile dezvoltării unui sine sigur și integrat. În mod ...vident, există insight-uri valoroase aici despre atitudinea și comporta...mentul pe care părinții pot încerca în mod deliberat să le adopte față de ...opiii lor — și terapeuții față de pacienții lor. Acestea includ comunicarea ...ontingentă acordată afectiv (Siegel, 1999; Stern, 1985); o abordare care ...ansmite empatie, abilitatea de a face față situațiilor și aprecierea „inten...onalității" copilului (Fonagy și colab., 1995); o modalitate de răspuns care ...corporează *includerea* întregii experiențe subiective a copilului, *eșafoda...l* capacităților emergente ale copilului, o *deschidere către inițierea repară...i* acolo unde există ruptură și o *disponibilitate de a se lupta* cu copilul atunci ...nd este necesar (Lyons-Ruth, 1999).

Dar este important să observăm că — așa cum implică partea „cola...orativă" a cadrului de comunicare colaborativă a lui Lyons-Ruth — o ...lație orientată pe dezvoltare nu este niciodată creația exclusivă a unui ...ngur partener. Astfel, relațiile copil–părinte au fost descrise ca fiind re...ate mutual și cocreate. Studiile lui Jaffe, Beeber, Feldstein, Crown și Jas...ow (2001), Tronick (1989), Sander (2002) și alții, toate concluzionează că ...ama și bebelușul constituie un sistem dinamic în care conduita fiecărui ...artener influențează și este influențat de conduita celuilalt. Nu este ac...idental că rezultatele cercetării relației copil–părinte se întrepătrund cu ...le ale „cercetătorilor" din tradiția relațională/intersubiectivă (Mitchell, ...995; Stolorow și colab., 1987; Aron, 1996), care identifică „influența mu...ală reciprocă" drept o trăsătură pervazivă a interacțiunilor dintre pa...ent și terapeut.

Bineînțeles că gradul de influență pe care părintele o exercită în relația ... dezvoltare este în general mai mare decât cea exercitată de către co...il. De exemplu, studiile au arătat că parentajul responsiv senzitiv poate transforma bebelușii evaluați la trei luni ca „dificili" din punct de vedere temperamental (greu de consolat sau stimulat) în copii care la 12 luni au fost reevaluați ca fiind „facili"; în același mod, când parentajul a fost problematic, cei cu temperament facil au devenit dificili (Belsky, Fish & Isabella, 1991). Pe lângă influența pe care o au părinții, aceștia au și o responsabilitate mai mare în modelarea relației cu copilul și în mod ideal o flexibilitate mai mare atunci când trebuie să facă acest lucru.

Date fiind aceste diferențe, fiecare partener are, fără îndoială, un impact reverberant asupra celuilalt, care generează tipare de comunicare coordonate și reglate mutual din interacțiunea celor doi. Părintele și copilul „se urmăresc" unul pe altul, îl conduc sau îl urmează pe celălalt, fac cu schimbul și se oglindesc unul pe celălalt (sau eșuează în acest demers) în tipare care sunt diferite pentru fiecare diadă în parte. Aceste tipare reflectă acordarea afectivă a partenerilor și calitatea responsivității contingente dintre cei doi — adică gradul în care răspunsurile unui partener sunt contingente sau se potrivesc la fix cu inițiativele celuilalt.

Cercetarea documentează clar aceste tipare cocreate în comunicarea față-în-față dintre mamă și copil la joacă. Secvențele de potrivire, nepotrivire și reparare apar cu o coordonare precisă. Studiile care au folosit o înregistrare video simultană a feței și a corpului copilului, pe de-o parte, și a feței mamei, pe de altă parte, au scos la iveală o sincronizare deosebită a expresiilor atât vocale, cât și faciale, astfel încât comportamentul fiecărui partener din interacțiune poate fi prezis în a 12-a parte dintr-o secundă de la comportamentul celuilalt. Copiii de patru luni au fost înregistrați video interacționând cu mamele lor, iar la 12 luni au fost evaluați cu ajutorul protocolului situației străine. De mare interes este descoperirea că diferența dintre relațiile care favorizează un atașament securizant de cele care nu fac acest lucru este dată de *gradul* de coordonare bidirecțională în diadă.

Siguranța la un an a fost prezisă de urmărirea reciprocă dintre mamă și bebeluș plasată în zona de mijloc — coordonarea era „prezentă, dar nu obligatorie" (Beebe & Lachmann, 2002, p. 104) —, în timp ce atașamentul nesecurizant a fost prezis de urmărirea reciprocă atunci când era ori la un nivel mai crescut, ori mai scăzut. Nivelurile înalte de coordonare par să reflecte o monitorizare excesiv de vigilentă a partenerului, în timp ce nivelurile scăzute par să indice retragere, inhibiție sau pur și simplu lipsă

e potrivire între parteneri. Cu alte cuvinte, optim, responsivitatea contin-entă în comunicarea dintre părinți și copii este apropiată, dar nu perfectă. cest lucru are implicații atât pentru psihoterapie, cât și pentru parentaj.

Beebe și Lachmann au ajutat la clarificarea acestor implicații atunci când u discutat despre acest studiu în termenii unui echilibru între *reglarea in-eractivă* și *autoreglare*. În reglarea interactivă, unul dintre parteneri se con-entrează și „folosește" răspunsurile celuilalt pentru a face față propriilor tări interne de emoție sau de excitare. (De exemplu, copilul căutând alina-e la distresul lui se poate acorda la cadența liniștitoare a vocii mamei.) În utoreglare, dimpotrivă, stările de emoție sau excitare sunt abordate prin *ndepărtarea* de partener și *întoarcerea către sine* (de exemplu, atunci când co-ilul privește fix în altă parte, se leagănă, se apleacă pe spate). Un echilibru ntre reglarea interactivă și autoreglare este reflectat în tipul de „urmărire" nedie, predictor pentru un atașament securizant. Urmăririle bidirecționa-e de nivel înalt reflectă o înclinație către reglarea interactivă (un fel de su-rainplicare cu partenerul) și prezic un atașament ambivalent sau dezor-ganizat, în timp ce urmăririle de nivel scăzut reflectă o predilecție către utoreglare (subimplicare cu partenerul) și prezic un atașament evitant.

Ne poate fi de ajutor în înțelegerea pacienților sau atunci când încer-ăm să le fim de folos acestora să gândim reglarea interactivă și autore-glarea în termenii acestor rezultate. În ceea ce privește tratamentul, cei cu o înclinație mai mare spre reglarea interactivă față de autoreglare sunt cei are urmăresc atent fiecare răspuns al nostru și/sau par să se bazeze com-plet pe noi pentru a-i ajuta să gestioneze sentimentele dificile. Aceștia sunt n general pacienții care ar putea fi descriși ca preocupați de disponibili-atea figurii de atașament (sau, mai precis, frica de lipsa acesteia). Se com-ortă ca și cum ar fi lipsiți de speranță, atât în ceea ce privește eliberarea e cont propriu de distres, cât și posibilitatea de a primi ajutor fără a face a propriul distres să pară în fața celorlalți de o evidență copleșitoare. Pro-lema acestor pacienți (și a terapeuților lor) nu este propria dependență er se. În schimb, este faptul că nevoia lor prudentă de ceilalți le mono-olizează atenția atât de puternic încât au puține oportunități de a-și cu-noaște și folosi propriile resurse și dorințe. Ceea ce trebuie reintegrat la cești pacienți este capacitatea lor de a trăi, cum s-ar spune, *înăuntrul* lor, n opoziție cu sentimentul că centrul lor gravitațional se găsește *în afara* or, în mințile și reacțiile celorlalți.

Desigur, lucrăm, de asemenea, cu mulți pacienți a căror vulnerabilitate constă în abilitatea supradezvoltată de autoreglare. Funcționând în mod obișnuit într-o „stare mentală de respingere" cu privire la atașament, ei au tendința să fie autosuficienți într-un mod ostentativ. Ceea ce Bowlby numește „bazarea pe sine compulsivă" lasă de obicei impresia, atât terapeuților, cât și partenerilor de viață, că au puțin de oferit care să fie dorit sau prețuit de către acești pacienți. Strategia lor de dezactivare a atașamentului îi îndepărtează de conștientizarea sentimentelor sau impulsurilor care ar putea să-i aducă mai aproape de nevoile renegate de a se lega de ceilalți. De obicei, în psihoterapia acestor pacienți, exact sentimentele, impulsurile și nevoile legate de atașament sunt cele care trebuie reintegrate.

Rezultatele cercetării copil–părinte aflați față în față se potrivesc cu cele ale studiilor situației străine ale lui Ainsworth. Concluzia conform căreia „urmărirea" moderată este optimă din punctul de vedere al dezvoltării este în acord cu perspectiva lui Ainsworth conform căreia atașamentul sigur se reflectă în echilibrul dintre căutarea proximității și explorare, dintre conexiune și autonomie și dintre relaționare și autodefinire. Din schimburile față-în-față înregistrate video se poate trage concluzia că un rezultat sigur este asociat cu calitatea responsivității contingente între mamă și copil, care nu este perfectă, dar nici apropiată. O astfel de responsivitate reprezintă o parte din ceea ce permite copiilor mici să învețe că stările interne pot fi „împărtășite" și, în același timp, diferite față de ale celorlalți.[3]

Aș sugera că dezirabilitatea urmăririi moderate din punctul de vedere al dezvoltării — și echilibrul fluid dintre autoreglare și reglarea interactivă pe care o reflectă — subliniază importanța de a face loc, atât ca părinte, cât și ca psihoterapeut, pentru subiectivitățile *ambilor* parteneri în relație. „Preocuparea maternă primară" (Winnicott, 1975) încurajează posibilitatea ca, pentru o anumită perioadă, mama să dea o mai mare prioritate subiectivității copilului ei decât propriei subiectivități; de asemenea, rolul de ajutor și responsabilitatea etică pe care terapeuții și-o asumă

3 Interesant este faptul că unele studii au arătat că un rezultat evitant este corelat cu o „urmărire" foarte mare a copilului de către mamă, în timp ce copilul răspunde ca și cum se ferește de atenția mamei: acest model de interacțiune a fost descris ca „rațele și vânătorii" (Beebe & Lachmann, 2002, p. 111). În mod evident, copiii mici — ca mulți dintre noi — au nevoie de spațiu. Astfel, responsivitatea senzitivă implică în mod clar o acordare la nevoile copilului de autoreglare și „spațiu liber" (Sander, 1980), precum și reglare interactivă și legătura pe care aceasta o facilitează.

ıcurajează de obicei o mai mare concentrare pe subiectivitatea pacientu-
ıl decât pe cea proprie. Totuși, mama (sau terapeutul) perfect acordată,
are își suspendă sau pune între paranteze propria subiectivitate, nu este
robabil un ideal fezabil și nici unul de dorit.

În primul rând, mulți dintre noi suntem pur și simplu incapabili să ne
lsăm propriile dorințe și limitări în fața ușii camerei copilului sau a ca-
nerei de consultații. Când tragem de noi prea mult pentru a putea să fa-
em acest lucru, există de obicei consecințe neintenționate și nedorite. În
l doilea rând, copiii și pacienții noștri cresc nu numai prin intermediul
xperiențelor „de potrivire", ci și prin experiențele de separare și diferen-
ı. Așa cum Benjamin (1990/1999) a clarificat, capacitatea pentru recu-
oaștere mutuală — adică acea capacitate de a-l recunoaște pe celălalt (și
e a fi recunoscut de celălalt) ca subiect separat, și nu ca obiect — își are
riginea în descoperirea că și celălalt și relația pot supraviețui furiei și con-
ictului. Altfel spus, episoadele de rupere și reparare sunt o parte vitală
procesului de învățare de a echilibra nevoile pentru autodefinire și re-
ıționare.

Fără fluxul dintre a da și a primi existent între două subiectivități dife-
ite, copilul sau pacientul poate învăța că „există loc doar pentru una sin-
ură": o singură voce, o singură voință, un singur individ ale cărui nevoi
omină permanent, un singur individ care controlează interacțiunea. În
azul celor care se află într-o stare mentală evitantă-care respinge, ei pot
ă se simtă ca și cum — în mod necesar — nu ar exista loc pentru sine. În
azul celor aflați într-o stare de preocupare anxioasă, aceștia pot simți ca
i cum nu ar exista loc decât pentru celălalt. Atașamentul securizant face
oc pentru amândoi.

Interacțiunea celor două subiectivități distincte — în care fiecare este
apabil să participe psihic la experiența celuilalt — este esența intersubiec-
ivității. Stern (2004) a spus că toți avem „conectorii" pentru intersubiec-
ivitate. (El scoate în evidență faptul că modul în care sunt structurate cre-
ierele ridică întrebarea de ce nu suntem captați constat de experiențele
ltor persoane.) În aparență, mecanismele de bază ale acestei „interexpe-
iențe" — Stern face referință la descoperirea neuronilor-oglindă — sunt
caracteristică a sistemului nervos uman încă de la naștere. Amintiți-vă
n acest sens studiile lui Meltzoff (1985, 1990) care arată că la 42 de minu-
e după naștere bebelușii vor imita mimica facială a unui model adult.

Observând un adult care scoate limba, copiii vor încerca să facă la fel. Cu mult înainte să știe mai multe despre ei înșiși și despre ceilalți, sau despre limbi, bebelușii sunt capabili să facă o conexiune între ceea ce *văd* pe fața altuia și ceea ce *simt* pe a lor. Această potrivire în ambele sensuri pare să demonstreze o capacitate uimitoare de interrelaționare între sine și celălalt, dezvoltată de timpuriu.

Această capacitate de relaționare rudimentară — precursorul unor forme mult mai evoluate de intersubiectivitate — este probabil rezultatul reflexelor cu originea în trunchiul cerebral care domină sistemele de atașament și de îngrijire, făcând din primele noastre relații apropiate creuzetul vital al dezvoltării. Nu numai în copilărie, ci de-a lungul întregii noastre vieți, interacțiunea cu ceilalți apropiați nouă, de care depindem, asigură contextul-cheie pentru dezvoltarea și schimbarea psihică. Tronick (1998) a sugerat că atât relația copil-părinte, cât și cea pacient-terapeut fac posibilă dezvoltarea, generând „stări de conștiență extinse în diadă" (p. 290). Aceasta este o versiune a faptului că — opinie împărtășită de teoreticienii intersubiectivității (Bollas, Mitchell, Stolorow), precum și de cercetătorii atașamentului (Fonagy, Lyons-Ruth) — avem nevoie de mintea celuilalt pentru a ne ști și „crește" propria minte.

Prin intermediul tipurilor de interacțiuni intersubiective cocreate și reglate mutual care stau la baza siguranței sau nesiguranței, copiii învață atât cum să aibă o relație, cât și cum să-și regleze emoțiile. În mod similar, în mediul principal intersubiectiv al interacțiunii terapeutice, pacienții au posibilitatea de a învăța cum să aibă o relație mai bună atât cu ceilalți, cât și cu ei înșiși. Cheia succesului în dezvoltare în ambele cazuri este calitatea comunicării afective din relație.

Cât de mult această comunicare permite partenerilor să se sincronizeze pentru a putea experimenta un sentiment de recunoaștere mutuală și „potrivire"? Căror semnale afective ale copilului (sau ale pacientului) le răspunde părintele (sau terapeutul) într-o manieră acordată și colaborativă? Și care semnale afective sunt ignorate, prost interpretate sau descurajate? Într-un sens mai larg, cât de mare este containerul pentru comunicarea afectivă și experiență pe care-l asigură relația? Uitându-ne la tot ceea ce au spus Bowlby, Main și Stern: ceea ce poate să găzduiască relația de atașament reprezintă ceea ce individul are potențialul de a integra.

De la teoria atașamentului la clinică

Așa cum am văzut, relațiile de atașament reprezintă contextul principal pentru dezvoltare. Experiența afectivă, nonverbală într-un context de atașament constituie centrul inițial al sinelui. Acest context modelează și atitudinea sinelui față de experiență, care la rândul ei poate exercita o influență decisivă asupra dezvoltării, în special în situațiile nefavorabile. Acestea sunt insight-urile cercetărilor teoriei atașamentului cu cele mai importante implicații pentru psihoterapie.

Pentru că primele noastre experiențe relaționale sunt trăite în cea mai mare parte în afara domeniului limbajului, internalizările cruciale ale relațiilor timpurii sunt înregistrate ca reprezentări, reguli și modele care nu pot fi regăsite lingvistic. Pentru ca aceste reprezentări „greu de găsit" să poată fi mai târziu modificate — pentru ca modelele de lucru vechi să fie actualizate —, ele trebuie să fie accesate, adică activate experiențial. În terapie, aceste reprezentări ale pacientului adesea devin accesibile doar când sunt comunicate prin alte canale decât cele verbale. Deci concentrarea asupra domeniilor experiențelor preverbale, nonverbale și paraverbale este indispensabilă — atât pentru a înțelege învățarea inițială care a avut loc în cadrul primelor relații ale pacientului, cât și pentru a facilita reînvățarea, care poate apărea în noua relație cu terapeutul. Acesta este subiectul capitolului 8.

În timp ce Bowlby sublinia influența formidabilă a realităților experienței de atașament timpuriu asupra dezvoltării sinelui, Main și Fonagy au arătat că atitudinea sinelui față de experiența trecută și prezentă poate avea în cele din urmă o și mai mare influență. În măsura în care suntem capabili nu numai să avem propria experiență, ci și să reflectăm asupra ei, sentimentul nostru de siguranță, flexibilitate și libertate internă va fi foarte mult crescut. Dincolo de o atitudine reflexivă care ne permite să dăm un sens conținuturilor conștientizării (sentimente, gânduri și altele asemănătoare) există o atitudine meditativă care ne poate oferi o „conștientizare calmă și largă a conștientizării". În măsura în care

untem într-o stare meditativă, putem fi mai prezenți, mai capabili de a trăi din ntrul nostru interior și mai puțin vulnerabili la a confunda sentimentele și gân- urile noastre schimbătoare legate de cine suntem. Capitolul 9 explorează pute- ea de zi cu zi în psihoterapie și în viața schimbării atitudinii sinelui față de ex- periență într-o direcție mai reflexivă și mai meditativă.

Pentru a putea accesa experiența nonverbală a pacienților noștri și pentru a ntări capacitatea lor de a reflecta și de a conștientiza trebuie să punem în acțiu- e resurse aflate în afara domeniului atașamentului, pentru că teoria atașamen- ului nu este o teorie în mod explicit clinică. Un rol central în aceste resurse îl re cercetarea clinică aflată sub semnul intersubiectivității și al teoriei relaționa- e — o abordare terapeutică care a parcurs un drum lung către îndeplinirea pro- isiunii clinice a teoriei atașamentului, așa cum voi explica în capitolul 10.

CAPITOLUL 8

Experiența nonverbală și „cunoscutul negândit"

Accesarea nucleului emoțional al sinelui

În ultima sa carte despre atașament, Bowlby l-a citat pe Freud, care a spus despre răspunsul caracteristic al unui pacient care a devenit conștient de ceva „uitat": „De fapt, am *știut* întotdeauna; doar că nu m-am *gândit* la asta" (Bowlby, 1988, p. 101). Probabil că Christopher Bollas (1987), care a inventat termenul de „cunoscutul negândit", citea același pasaj din Freud.

Ceea ce noi „știm", dar la care nu ne gândim (sau nu putem să ne gândim) este, de asemenea, ceva despre care nu putem să vorbim. Cu o influență enormă, pentru că se află în afara conștientizării, cunoașterea neverbalizată (sau neverbalizabilă) joacă un rol crucial în psihoterapie, precum și în copilărie.

Deși este evident că întotdeauna conversația terapeutică este alcătuită din mai mult decât cuvinte, încercarea de a accesa domeniul nonverbal este în continuare vitală — în primul rând pentru că centralitatea ei clinică nu este universal recunoscută sau bine înțeleasă și, în al doilea rând, pentru că limbajul vorbit poate fi atât de hipnotic. Riscăm să permitem cuvintelor schimbate în terapie să ne monopolizeze atenția atunci când nu ne aducem aminte că în spatele cuvintelor se află un flux de experiențe extrem de importante care asigură contextul cuvintelor. În mod special emoțională și relațională, această experiență nearticulată, inițial, este adesea locul unde găsim cea mai puternică pârghie pentru schimbarea terapeutică.

După ce voi stabili importanța crucială pe care o are subtextul nonverbal, vom discuta despre cum am putea să-l înțelegem. În sfârșit, voi începe

xplorez cercetările și teoriile care ne dau uneltele clinice pentru a lucu dimensiunea nonverbală a experienței — în special experiența timle — pe care cercetătorii atașamentului au identificat-o ca fiind atât de ortantă.

:umatul cercetărilor care se concentrează experiența nonverbală

Cel puțin două descoperiri ale cercetării atașamentului atrag atenția chiar ne obligă să fim atenți la experiența pe care pacienții noștri nu ıl dispuși sau nu pot să o exprime în cuvinte. În primul rând este vordespre faptul stabilit de numeroase studii observaționale și longitudie asupra atașamentului (vezi Main și colab., 2005) că multe dintre lece cele mai importante și mai durabile despre cine anume suntem le ățăm în relație cu ceilalți, în jurul vârstei de 12 luni — sau chiar mai vreme, dacă studiile cu înregistrări video ale mamei și bebelușului la 4 i se dovedesc a fi corecte (Jaffe și colab., 2001; Beebe și colab., 2000). vezile empirice indică în mod clar faptul că bazele modelelor noastre erne de lucru — ca și strategiile de atașament obișnuite și de reglare oțională encodate în aceste modele — sunt bine așezate la locul lor cu lt înainte de dobândirea limbajului.[1] Acestea sunt datele care subliniaconcluzia lui Schore (2003) că „centrul sinelui este... nonverbal și inștient și se află în tiparele de reglare a afectului" (p. 46). Pentru că exriența preverbală constituie baza sinelui aflat în dezvoltare, în hoterapie este absolut vital să facem loc pentru reverberarea și elaboea unor astfel de experiențe.

În al doilea rând este vorba despre faptul că relațiile părinte–copil care fatează cel mai bine un atașament securizant sunt *incluzive* (Lyons-Ruth, 9; Bowlby, 1988), adică părinții fac cât mai mult loc posibil pentru întrel spectru al experienței subiective a copilului. Pentru a genera o relație teeutică care să fie în mod similar incluzivă — adică să facem loc cât de lt posibil pentru experiențele pacienților noștri — trebuie să fim atenți nu

ineți seama că dovezile din cercetare nu trebuie interpretate greșit, pentru a sugera că traiectoria tabilită de primele noastre relații nu poate fi modificată. Modelele de lucru au potențialul de a fi acualizate, experiențele timpurii formează tipare stabile, nu structuri rigide.

numai la ceea ce ne spun pacienții noștri prin cuvinte, ci și la ceea ce ne arată prin diverse alte forme. Teoria lui Bowlby că un copil va integra numai ceea ce relațiile lui de atașament pot adăposti presupune că acesta va exclude din domeniul conștiinței acele gânduri, sentimente și comportamente care riscă să-i distrugă relațiile de atașament, având ca rezultat faptul că acele gânduri, sentimente și comportamente vor rămâne nu numai nedezvoltate și neintegrate, ci adesea și imposibil de verbalizat. De aici reiese necesitatea de a „asculta" ceea ce este comunicat nonverbal dacă vrem să ne implicăm în experiențe pe care atașamentele inițiale ale pacientului le-au înlăturat. Pentru a integra ceea ce a fost disociat sau exclus într-o manieră defensivă, trebuie să accesăm în pacient ceea ce nu a fost încă rostit, gândit și probabil simțit.

Cercetările din neuroștiințe confirmă și elaborează concluzia cercetărilor despre atașament conform căreia pacienților le pot lipsi cuvintele pentru a descrie experiențe cruciale, fie din motive ce țin de *dezvoltare* (experiențele au avut loc înainte de dobândirea limbajului), fie din motive *defensive* (experiențele nu au putut fi gândite, simțite sau verbalizate fără a pune în pericol relațiile vitale). În mod evident există bariere neurofiziologice și psihodinamice care interzic accesul lingvistic la experiențele formatoare (în special la cele traumatice) (Fonagy, 2001). Cercetarea dezvoltării neurale a arătat că centrii cerebrali care mediază limbajul (cortexul stâng, aria lui Broca) și memoria autobiografică (în special hipocampul) nu sunt „activați" efectiv până la vârsta de 18–36 de luni — de aici rezultă descoperirea aproape universală a „amneziei infantile". Mai mult decât atât, emoții copleșitoare, cum sunt cele evocate de traume, suprimă funcționarea acestor structuri cerebrale. Evident, ne lipsește accesul verbal la multe dintre experiențele care ne modelează cel mai profund, fie din cauza faptului că aceste experiențe au avut loc înainte de a avea echipamentul neural necesar pentru a le encoda lingvistic, fie pentru că acest echipament a fost temporar nefuncțional din cauza emoțiilor dureroase intense copleșitoare.

Pacienților cu tulburare de stres posttraumatică (TSPT) — invadați de un haos de emoții perturbatoare, senzații somatice, imagini sau impulsuri — le lipsește limbajul pentru a da o semnificație sau o poziționare în context experiențelor lor fragmentate, multisenzoriale.[2] Traumele care

2. Astfel lipsiți de capacitatea pentru un limbaj expresiv, oamenii traumatizați pot trăi „teroarea fără cuvinte" (Van der Kolk și colab., 1996).

ichid aria lui Broca şi hipocampul sunt atât cauza, cât şi rezultatul unei deturnări emoţionale" (Goleman, 1995), în care amigdala, prin legăturile sale cu creierul drept orientat afectiv, copleşeşte hipocampul şi abilităţile sale asociate de a encoda, de a regăsi şi de a contextualiza amintirile traumei.[3]

Faptul că impactul traumei se înregistrează în acest fel are implicaţii în munca noastră cu mulţi, dacă nu cu cei mai mulţi pacienţi. Van der Kolk (1996), afirmând că înregistrarea traumei este somatică şi senzorială, susţine utilizarea senzaţiilor corporale pentru a accesa experienţele pentru care pacienţilor le lipseau cuvintele pentru a le verbaliza. În timp ce el adresa această recomandare utilă în special terapeuţilor care lucrau cu SPT, eu aş lărgi această abordare ca urmare a faptului că pacienţii cu traume nu reprezintă deloc o categorie restrânsă.

Dependenţa totală a copilului faţă de figura de ataşament înseamnă faptul că dezacordarea cronică, depresia şi furia din partea persoanei de îngrijire pot fi trăite ca fiind traumatice. În acest context, Schore (2002) s-a referit la o „traumă relaţională", care apare din trăirea unui ataşament dezorganizat şi se poate transforma eventual într-o tulburare borderline sau chiar într-o tulburare psihotică. Aş sugera că mulţi dintre pacienţii noştri (sau mulţi dintre noi) suferă de ceea ce psihanalistul Phillip Bromberg (1998a) a descris ca „insule" de traumă — şi disociere — ale căror impact şi sens sunt iniţial imposibil de pus în cuvinte. Terapeuţii trebuie să găsească modalităţi prin care să antreneze aceste experienţe ale traumelor, pentru ca efectele lor distructive să fie atenuate cândva.

Alături de studiile despre ataşament, neurobiologie şi traumă, există descoperiri ale ştiinţelor cognitive care ajută la clarificarea necesităţii concentrării atenţiei terapeutice pe experienţa nonverbală. Cercetătorii

În unele studii s-a descoperit că indivizii traumatizaţi în copilărie aveau hipocampul stâng mai mic şi o dezvoltare diminuată a emisferei stângi, în general, atunci când au fost comparaţi cu subiecţii sănătoşi din grupul de control. În mod corespunzător, atunci când adulţii cu un istoric de abuz au fost rugaţi să se gândească la o amintire timpurie supărătoare, activitatea lor emisferică a prezentat asimetrie evidentă către dreapta; atunci când s-au gândit la o amintire neutră, asimetria a fost mult spre stânga. La grupul de control, activitatea emisferică a fost echilibrată chiar dacă a fost vorba de o amintire supărătoare sau neutră. Mai mult, volumul corpului calos — principalul canal cerebral al schimbului de informaţii dintre cele două emisfere — a fost mult mai mic la indivizii traumatizaţi faţă de grupul de control, fără astfel de istoric. Astfel trauma pare să împiedice integrarea neurală, precum şi pe cea psihică — izolând creierul drept emoţional de resursele verbale ale celui stâng.

cognitivişti au descoperit că memoria nu este monolitică şi au identificat două sisteme diferite ale memoriei — explicită şi implicită. Pe scurt: memoria explicită coincide, cu aproximaţie, cu înţelegerea noastră uzuală a termenului de „memorie". Astfel, poate fi într-un mod conştient regăsită şi se poate reflecta asupra ei, este simbolică şi poate fi verbalizată, iar conţinutul ei este format din informaţii şi imagini. În schimb, memoria implicită este nonverbală, nonsimbolică şi inconştientă, în sensul că nu este disponibilă reflecţiei conştiente. Ea presupune răspunsuri emoţionale, tipare de comportament şi aptitudini. Memoria implicită asigură „a şti cum" mai degrabă decât „a şti că".

Uneori denumită memorie timpurie, pentru că este disponibilă încă din pântece[4] şi iniţial cunoscută drept memorie procedurală (implicând procedee cum ar fi mersul pe bicicletă sau dansul, sau relaţionarea, care nu pot fi exprimate în cuvinte), memoria implicită are ca trăsătură caracteristică *familiaritatea* mai degrabă decât *amintirea*. (Deşi se spune că odată ce ai învăţat să mergi cu bicicleta nu o să mai uiţi niciodată, adevărul este că de fapt niciodată nu îţi „aduci aminte": este o acţiune atât de familiară încât pur şi simplu o faci; acest fel de „a şti cum" să mergi pe bicicletă este un exemplu de memorie implicită.) Cele mai importante amintiri implicite sunt acelea care antrenează proceduri de a fi cu ceilalţi şi cu tine însuţi. Luate împreună, aceste procedee amintite constituie ceea ce a fost denumit *cunoaştere relaţională implicită* (Lyons-Ruth, 1998; Stern şi colab., 1998).

Cunoaşterea implicită este exprimată nu atât de mult în ceea ce spunem, ci mai degrabă în felul în care simţim şi ne comportăm, în felul în care avem grijă de noi şi în ceea ce aşteptăm de la relaţiile noastre. Această cunoaştere există de obicei în afara conştientizării reflexive — nu pentru că nu putem suporta să ştim, ci pentru că ceea ce ştim s-a înregistrat într-o formă implicită greu de recuperat într-o formă lingvistică.[5]

Cunoaşterea implicită sau procedurală constituie fundaţia modelului intern de lucru. A fost documentată de cercetătorii ataşamentului ca

4. Probabil determină alegerea uzuală a mamei ca figură de ataşament primară pentru că, aşa cum Main (1999) observa, vocea maternă către care nou-născutul se orientează este o caracteristică atât de familiară a „coloanei sonore" intrauterine.

5. Împreună cu *inconştientul* freudian produs de refulare, acest neconştient implicit (Stern, 2004; Siegel, 1999) este probabil ceea ce Bollas a avut în minte atunci când a inventat expresia „cunoscut negândit".

ărând timpuriu în viață, ca o funcție a calității primelor noastre relații persistând în perioada adultă (făcând abstracție de modificările apărute în aceste relații). Un copil va ajunge repede să știe, în mod implicit, că semnalele sale de distres vor chema rapid prezența liniștitoare a mamei și astfel această cunoaștere primordială va deveni așteptarea durabilă că persoane suportive vor fi acolo atunci când va avea nevoie de ele. Totuși, pentru mulți dintre pacienții noștri, interacțiunile timpurii au fost problematice, înregistrându-se implicit ca înțelegeri descurajante adânc înrădăcinate despre sine și ceilalți, pe care nu pot să le verbalizeze ușor, dar pe care nu pot să nu le treacă la act, adesea spre propriul lor dezavantaj.

În mod paradoxal probabil, atunci când exact aceste treceri la act nefavorabile apar în psihoterapie, ele pot fi o resursă valoroasă, în măsura în care ne permit să activăm și să transformăm reprezentările interne fără cuvinte care îi țin pe pacienții noștri prizonieri în trecut. Dar pentru a ajunge la aceste niveluri nonverbale ale pacientului, terapeutul are nevoie de capacitatea de a sesiza subtextul neverbalizat al conversației terapeutice.

Înțelegerea limbajului experienței nonverbale

Cuvintele schimbate în cadrul psihoterapiei plutesc, ca să zic așa, de-a lungul comunicării nonverbale dintre pacient și terapeut. Direcția dialogului verbal — ceea ce este sau nu este abordat și profunzimea acestuia — este în mare măsură determinată de curenții emoționali și relaționali care se află sub suprafața interacțiunii terapeutice. Acești curenți modelează experiența pacientului și a terapeutului, la fel cum experiența bebelușului și a persoanei care îl îngrijește este modelată de calitatea comunicării lor (necesar) nonverbale.

Se pare că există o corespondență extraordinară între comportamentele nonverbale care marchează interacțiunile din copilăria mică și cele pe care le observăm în interacțiunile adulților (Beebe & Lachmann, 2002). Studiile acestor tipare timpurii de comunicare preverbală și cele similare lor, mai târziu în viață, dezvăluie unele dintre modalitățile prin care — inevitabil și de obicei fără conștientizare — îi afectăm și suntem afectați de către cei cu care interacționăm. Calitatea acestor interacțiuni nonverbale este cea care determină în mare parte impactul relațiilor de atașament asupra dezvoltării sinelui, atât în copilărie, cât și în psihoterapie.

Expresia facială și tonul vocii, postura și gesturile, ritmul și aspectul dialogului și comportamentului — acestea sunt elementele care compun ceea ce este, în esență, un mediu de comunicare de la corp la corp. Acest tip de comunicare în timpul copilăriei mici poate fi văzut ca o conversație între sinele somatic/emoțional al bebelușului și sinele somatic/emoțional al persoanei care-l îngrijește — sau din perspectiva neuroștiințelor, ca o „conversație între sistemele limbice" (Buck, 1994, citat de Schore, 2003, p. 49). Subiectul acestei conversații este în principal starea internă a copilului — în special emoțiile și intențiile sale. Pe măsură ce conversația se desfășoară prin exprimările corporale ale stărilor interne, copilul învață despre sine și despre ceilalți: Care sunt propriile lui emoții și intenții? Ceilalți le vor recunoaște și se vor acorda cu ele? Va „merge" să preia inițiativa — în mod independent sau cu ajutorul celorlalți — de a încerca să-și modifice aceste stări interne?

Luați în considerare următoarea relatare (Sander, 2002) a unei interacțiuni filmate, a unui bebeluș de opt zile care, devenind agitat în brațele mamei, a fost înmânat tatălui:

> Vedem cum, pentru un moment, privirea tatălui se îndreaptă spre fața bebelușului. Surprinzător, în același cadru, bebelușul se uită la fața tatălui. Apoi mâna stângă a copilului, care atârna peste mâna stângă a tatălui, a început să se miște în sus. Miraculos, în același cadru, mâna dreaptă a tatălui, care era de-a lungul corpului, a început să se îndrepte în sus. Astfel, cadru cu cadru, mâna copilului și mâna tatălui s-au îndreptat în sus simultan. În sfârșit după ce s-au întâlnit în dreptul burticii copilului, mâna stângă a copilului a apucat degetul mic de la mâna dreaptă a tatălui. În acest moment, ochii copilului s-au închis și a adormit, în timp ce tatăl continua să vorbească, aparent total neconștient de micul miracol al specificității în timp, spațiu și mișcare care a avut loc în brațele sale (p. 20).

În acest „dialog activ" al expresiilor faciale și al mișcărilor corporale — acompaniat de „cântecul de leagăn" al vorbirii tatălui — putem observa o coregrafie relațională excepțională. Comunicarea nonverbală de către bebeluș a nevoii de alinare și somn a produs o serie de răspunsuri acordate și coordonate inconștient din partea tatălui. Putem spune că o astfel

experiență de acordare se înregistrează ca o influență minusculă, dar matoare asupra bazei cunoașterii implicite a bebelușului despre sine în ație cu ceilalți.

Există o coregrafie nonverbală comparabilă care influențează experien-pacientului în psihoterapie și modelează, ideal înspre bine, simțul de-re sine în relație cu ceilalți. De exemplu, nu cu mult timp în urmă, vor-nd cu un pacient cu care mă întâlneam de câteva luni — să-l numim iot —, am observat că vocea mea suna mai tare decât de obicei și că rit-ul discursului meu era mai accelerat. Mi-am dat seama că încercam să ă stimulez pentru a evita să adorm, lucru de care am devenit abia atunci nștient. După ce, în particular, m-am întrebat ce se întâmplă (autocer-tare împiedicată fără îndoială de starea mea mentală adormită), m-am otărât să participe și Eliot la această cercetare.

Ceea ce a apărut din faptul că l-am lăsat să aibă acces la experiența mea fost faptul că și el se simțea adormit, dar, mai mult de atât, era „depar-" din punct de vedere emoțional, se retrăsese din fața mea, se „disocia-" (așa cum a spus el). A spus că acesta era răspunsul său obișnuit atunci nd se simțea anxios, furios sau deznădăjduit. A dezvăluit faptul că se nțea înghesuit de mine — scaunul meu era prea aproape de el ca să se ntă confortabil, mă aplecam prea mult spre el și vorbeam prea mult. Ob-rvați că aceste probleme deranjante au ieșit la iveală doar atunci când e-am concentrat asupra propriilor mele experiențe și comportamente nverbale (sau mai degrabă paraverbale), în timp ce, într-un mod simi-r, distresul inițial nedezvăluit al lui Eliot își avea originea în aspectele zice ale relației noastre.

Observarea subtextului nonverbal are un rezultat terapeutic legat de nele dintre dezideratele dezvoltării discutate mai devreme. În ceea ce rivește incluziunea, am fost capabili să conținem în relația noastră ceea inițial Eliot a trebuit să lase deoparte: adică sentimente deranjante față e mine (și față de alții), implicând probleme de delimitare, apropiere, si-uranță sau autodefinire — ca să nu mai amintim disocierea sa autopro-ctoare. În ceea ce privește armonizarea, învățând împreună cât de ușor liot se poate simți „înghesuit" și invadat, m-a făcut să dau înapoi și să ă temperez, într-un mod care i-a permis să se simtă în siguranță, apro-at de mine și în control în privința propriei terapii. În concluzie, inter-țiunea noastră inițială și ajustările ulterioare pe care le-a necesitat au dat

pacientului meu experiența unei rupturi reparate — „de nealiniere și rea-liniere" (Schore, 2003) — pe care amândoi am găsit-o emoționantă.

Pare plauzibil să deducem că, la fel ca episodul copilului cu tatăl său, și acesta se poate înregistra intern. Deși, spre deosebire de copil, eu și Eliot am beneficiat de ajutorul cuvintelor pentru a ne sincroniza, tind să cred că a avut un impact mai mic asupra pacientului meu conținutul schimbu-lui nostru verbal decât procesul relațional în sine. În acest proces, după o concentrare a atenției, inițial asupra propriei mele voci și a propriului meu corp, am găsit un mod de a accesa și de a răspunde cu sens emoțiilor ne-verbalizate ale lui Eliot. Având originea în subtextul nonverbal, experien-ța noastră comună — o experiență mult mai incluzivă, colaborativă și acor-dată la nevoile pacientului decât ar fi fost conform predicțiilor pe baza antecedentelor pacientului — poate să fi contribuit la modificarea „cu-noașterii sale implicite relaționale".

Așa cum am explicat, acest tip de cunoaștere implicită are întotdeau-na o influență enormă și de obicei foarte greu de transpus în cuvinte. Bi-neînțeles, originile preverbale sau traumatice ale acestei cunoașteri impli-cite sunt imposibil de accesat lingvistic. Totuși, ceea ce nu ne putem aminti în mod explicit — și nu putem transpune în cuvinte — este aproape în-totdeauna exprimat prin alte modalități.

În concluzie, aș propune următoarea frază: *Ceea ce nu putem să verbali-zăm tindem să trecem la act cu ceilalți, să evocăm în ceilalți sau/și să încorpo-răm.* Înainte de a intra mai mult în detalii, lăsați-mă să vă ilustrez ceea ce am în minte întorcându-mă la experiența mea cu Eliot.

Eliot a pus în act cu mine un scenariu care era, simultan, mult prea obiș-nuit pentru el și totuși imposibil de recunoscut pe măsură ce se desfășu-ra. În această punere în scenă comună, m-am regăsit vorbind repede și tare, ca și cum aș fi vrut să alung tăcerea stupefiantă care părea să pluteas-că în aer între noi. Numai atunci când am descoperit somnolența mea am început să realizez cât de frustrat m-am simțit în încercările mele eșuate de a avea un impact asupra lui. La rândul lui, Eliot era inițial conștient de intervențiile mele nepotrivite și stângace asupra spațiului său fizic și men-tal. Totuși, pe măsură ce vorbeam, Eliot a început să se conecteze la furia sa vinovată, recunoscând eforturile mele de a ajunge la el ca fiind neacor-date, cu un respect insuficient față de vulnerabilitatea sa și având mult mai mult de-a face cu nevoia mea de a mă simți eficient decât cu nevoia

se simți înțeles. Reflexul său emoțional a fost de a se retrage din
a, așa cum s-a retras (sau a încercat) din fața mamei sale intruzive
ituare.
t a produs în mine câteva experiențe diferite, în funcție de ceea ce
unicat nonverbal și de aspectele la care am fost suficient de recep-
u vulnerabil) pentru a fi influențat intern. Privind retrospectiv, am
etat somnolența mea nu numai ca pe un ecou corporal al somno-
lui (cască și lumea va căsca odată cu tine), ci și ca o reacție de apă-
sentimentul de frustrare și eventual furie — ca și cum urma să mi
nă că ceea ce ofer eu nu numai că era aproape ineficient, dar era și
tor. Nu este de mirare că aceste trăiri proprii, datorită legăturii lor
e ale lui Eliot, m-au ajutat să-l cunosc emoțional într-o manieră di-
— prin intermediul identificării, și nu prin intermediul informației
mise prin cuvinte. A fost ca și cum decât să aud cum s-a simțit Eliot,
simplu am simțit. Pacienții care reușesc să producă astfel de răs-
uri subiective le oferă terapeuților lor oportunitatea de a-i cunoaște
untru în afară" (Bromberg, 1998a).
cienții pot, de asemenea, să încorporeze — sau să inducă această în-
rare în terapeuții lor — ceea ce nu pot sau nu vor să comunice prin
te. Eliot nu a fost capabil să-mi spună că are nevoie să „dispară" —
disocieze sau să-și părăsească corpul; eu am fost în stare să recunosc
ot devenea distant și somnoros, dar corpul meu se pare că a „știut"
e mintea mea nu știa.[6] Cu Eliot, ramura dezactivatoare, parasimpa-
sistemului meu nervos autonom a fost declanșată și am devenit som-
— ca răspuns la dezactivarea *lui* și/sau ca mijloc de apărare împo-
sentimentelor pe care interacțiunea noastră le producea în mine.
ecerea la act, evocarea și încorporarea sunt principalele metode prin
pacienții comunică ceea ce știu, dar nu au gândit — și astfel nu pot
rbească despre asta. Astfel, aceste canale prin care este transmis cu-
utul negândit sunt absolut necesare pentru ca terapeutul să înțelea-
eși centralitatea în dezvoltare a experienței nonverbale a fost do-
ntată empiric de urmașii lui Bowlby, este necesar să apelăm la
a *clinică* contemporană — în special la teoria intersubiectivității și

rezentantul psihologiei sinelui Michael Basch (1992) scria că „pacientul într-un mod subtil de-
ină terapeutul să rezoneze automat cu inconștientul pacientului" (p. 179).

la cea relațională — pentru a înțelege perfect acest aspect particular al cercetării atașamentului. În capitolele următoare voi explora mai în detaliu modul în care terapeuții pot să lucreze cu aceste modalități de a ști și de a fi cunoscut, care sunt, în mare măsură, nemediate de limbaj. Din acest motiv, ceea ce urmează ar trebui considerat primul pas al unor idei cruciale despre psihoterapie, care vor fi elaborate pe măsură ce înaintăm.

Abordarea transpunerii în act a cunoscutului negândit

Lyons-Ruth (1999) a creat termenul de „reprezentări acționale" pentru a descrie internalizările presimbolice ale experienței timpurii, care asigură fundația modelelor noastre interne de lucru. Expresia pare potrivită tocmai datorită interesului acordat *„trecerii la act"* de teoreticienii intersubiectivității și de cei ai relației. Așa cum am ilustrat în modul în care am lucrat cu Eliot, „trecerile la act" sunt scenarii create împreună care reflectă vulnerabilitățile și nevoile inițial inconștiente, suprapuse ale pacientului și terapeutului.

Trecerile la act în psihoterapie se pot întâlni în manifestările comportamentale în aici-și-acum ale cunoașterii implicite relaționale, ale căror prime rădăcini (dar nu singurele) se află în ceea ce noi — pacienți *și* terapeuți — am „pus în act" cu figurile noastre de atașament când eram copii mici. Atunci când, de exemplu, deschiderile noastre timpurii către confort au fost în mod repetat primite cu căldură, probabil că am învățat avantajele de a apela la ceilalți pentru a ne alina distresul; când astfel de deschideri timpurii au avut ca efect respingerea, probabil am învățat să ne mascăm distresul în fața celorlalți ori de câte ori este posibil. Astfel de lecții fundamentale despre sine și alții sunt învățate — amintite, reprezentate, internalizate — pe măsură ce sunt manifestate în act. Mai târziu, decât să fie recunoscute cu o senzație de amintire („Aha, *acum* îmi aduc aminte ce s-a întâmplat!"), aceste reprezentări greu de verbalizat ale experienței formatoare sunt recunoscute — în general de o a treia parte, dacă chiar sunt recunoscute — în principal atunci când sunt trecute la act („Nu vezi că te comporți cu copiii tăi la fel cum te plângeai că s-a purtat mama ta cu tine?"). Totuși, de obicei, ceea ce este știut implicit rămâne implicit. Decât să devină disponibil pentru reflectare conștientă, este pur și simplu pus în act, automat și în mod reflex.

'reud (1958) a pătruns mai adânc în acest subiect: „Analizandul nu își ıtește absolut nimic din ceea ce este uitat și refulat, ci pune în act aceste ;lnuturi. El nu le reproduce în calitate de amintiri, ci în calitate de fap-le act, el le *repetă*, fără a ști, desigur, că le repetă" (p. 147). Descoperi-lui Freud că pacientul *repetă* trecutul, mai degrabă decât să și-l amin-ică, este piatra de temelie a conceptului său despre transfer. Din ıpectiva intersubiectivității, ceea ce Freud a omis a fost faptul că tera-tul nu este nici pe departe un ecran alb pe care pacientul își proiectea-recutul. În schimb, transferul pacientului ia naștere din percepțiile se-ive ale aspectelor actuale ale comportamentului și ale caracterului peutului. Din acest punct de vedere, ceea ce este trecut la act în rela-erapeutică întotdeauna reflectă o spirală a influenței reciproce mutu-în care contribuția terapeutului nu este cu nimic mai puțin semnifica-decât cea a pacientului.

\şa cum voi descrie mai jos, teoriile relaționale și intersubiective con-porane oferă clinicienilor cea mai puternică unealtă existentă pentru ıcra într-un mod eficient cu trecerile la act în transfer–contratransfer. ste teorii cer să ne punem întrebări cum sunt cele care urmează: Care cea mai mare constrângere emoțională în interacțiunea în aici-și-acum pacientul? Care este tiparul interpersonal pus în joc în momentul de — și, în mod particular, care este natura participării noastre la aces-Cum poate fi înțeleasă această trecere la act creată în comun? De regu-acestor întrebări li se găsește răspuns doar în dialogul cu pacientul. ste dialoguri câteodată necesită ca terapeutul să „înceapă primul": tru a face manifeste punerile în act latente poate fi necesar să punem uvinte propria noastră experiență a interacțiunii.

De exemplu, nu de mult, în perioada de început a unui tratament, am ercat să-mi transmit empatia față de o pacientă recent divorțată care își ımera cu tristețe dificultățile pe care le avusese cu soțul ei. În timp ce simțeam că o „urmăresc" într-un mod destul de acordat, ea îmi găsea rimările de înțelegere atent alese, în mod consecvent, nefolositoare. Răspunzând cu iritare, pacienta („Carol") respingea tot ceea ce aveam spus prin vorbe care erau complet rezonabile, dar care mă făceau să simt blocat, nerăbdător și din ce în ce mai frustrat. În sfârșit, i-am spus ncepeam să mă simt destul de iritat, adăugând că, de obicei, aveam timentul că suntem de aceeași parte, și îmi imaginam că și ea îl are, dar

cumva, în conversația noastră de azi, am devenit adversari. Acest lucru i-a atras atenția.

Am realizat, pe măsură ce îi spuneam aceste lucruri, că pentru a-mi menține propria constituție psihică am ignorat devalorizarea ei implicit provocatoare atât de mult încât exasperarea mea — atunci când în final am simțit-o — a fost trăită și exprimată cu un surplus de intensitate. Această situație apare destul de frecvent și o astfel de participare accidentală din partea terapeutului se poate dovedi a fi o binecuvântare deghizată.

Înaintea acestei discuții, Carol făcuse o constatare neliniștitoare, că interacțiunea noastră o oglindea pe cea cu soțul ei, în care se simțea atrasă irezistibil, câteodată, să declanșeze o ceartă. Auzind acest lucru, mi-am împărtășit părerea că, probabil, acest caracter agresiv de astăzi ar putea fi legat de faptul că la sfârșitul ultimei noastre ședințe mi-a spus că în sfârșit terapia începe să o ajute. Și în acel moment a început o explorare — încă prezentă — a fricii ei de propriile sentimente, a strategiei sale de autosuficiență și a groazei de dependență și respingere. Interacțiunea încărcată emoțional din această ședință a fost un punct de cotitură în terapie. Cred că ilustrează faptul că folosirea optimă a trecerilor la act are mai mult de-a face cu responsivitatea autentică a terapeutului și cu autodezvăluirea deliberată decât cu interpretarea.

Înțelegerea faptului că trecerile la act în psihoterapie sunt cocreate este un lucru pe deplin concordant cu cercetările care sugerează că relațiile timpurii de atașament sunt și ele coconstruite. Așa cum am menționat mai devreme, printre cele mai importante legături conceptuale dintre relațiile din copilăria mică și psihoterapie se află cele generate de Daniel Stern, Karlen Lyons-Ruth și Grupul de Studiu al Procesului de Schimbare (GSPS). Deși Stern și colaboratorii săi pot defini trecerile la act într-o modalitate mai restrânsă decât mine, ei accentuează în mod consecvent procesele care esențial sunt *puse în acțiune*, și nu în cuvânt, care au cea mai mare contribuție posibilă la dezvoltarea psihică — și schimbarea terapeutică. Prin evidențierea acestui impact vindecător al schimbării, în „relația implicită comună" dintre pacient și terapeut abordarea lor unică asigură o contribuție clinică de necontestat (Stern și colab., 1998; Lyons-Ruth, 1999; Lyons-Ruth & Boston Change Process Study Group, 2001).

Relația comună implicită reflectă sentimentul fiecărui partener, relativ stabil, dar în același timp în evoluție, de a ști cine este celălalt, ce este el

pentru celălalt și cine sunt ei împreună. Deși este produsul implicării personale actuale și continue a pacientului și terapeutului, este, de asemenea, influențată și de cunoașterea relațională implicită a fiecărui partener — modelul intern de lucru, dacă vreți. Presupun că tocmai această întâlnire intersubiectivă a sinelui cu celălalt, a internului cu interpersonalul, a experienței anticipate cu experiența trăită, face relația implicită comună să fie un punct de sprijin al potențialei schimbări.

În 1998, GSPS a publicat o lucrare de referință al cărei subtitlu — „Ceva mai mult decât interpretarea" — face aluzie la experiența nonverbală din terapie, care produce schimbarea. Mai specific, ei au observat că schimbările în cunoașterea relațională implicită apar ca o funcție în principal a ceea ce este trecut la act în *câmpul intersubiectiv* dintre pacient și terapeut. Atunci când relația lor este modificată, se schimbă sentimentul pacientului despre cine este terapeutul, cine este el pentru terapeut și cine sunt unul pentru celălalt.

Stern și colegii săi au observat că terapia se dezvăluie prin intermediul unei serii de *momente prezente* („ritm" în termenii artei dramatice), fiecare dintre acestea încorporând un sentiment distinct subiectiv despre „ceea ce se întâmplă acum între noi". Din când în când aceste momente prezente se încarcă cu sentimente intense, trăgând pacientul și terapeutul într-un mod irezistibil în centrul emoțional imediat din „aici-și-acum": GSPS se referă la aceste momente cu expresia *„momente de acum"*.

Când un „moment de acum" evocă un răspuns personal autentic din partea terapeutului, care este în rezonanță profundă cu pacientul, cuplul terapeutic poate trăi un *moment de întâlnire* memorabil, care transformă relația implicită comună. Un moment de întâlnire dă pacientului posibilitatea să arunce o privire către noi moduri de a fi, peste constrângerile predispozițiilor transferențiale preexistente sau ale cunoașterii relaționale implicite. Acest tip de experiență relațională corectivă poate deschide ușa către o schimbare dramatică bruscă.

După ce inițial a atras atenția asupra acestor întâlniri transformatoare, GSPS a schimbat centrul de atenție către relațiile terapeutice în curs de desfășurare — contextul larg pentru momentele de întâlnire cu impact puternic. Așa cum am menționat mai devreme, dezvoltarea în psihoterapie — ca și în copilărie — este facilitată de o relație care implică o comunicare colaborativă, acordată și condiționată. Acest tip de comunicare depinde mult mai mult de *procesul* implicit, afectiv și interactiv dintre pacient și terapeut decât de conținutul explicit al cuvintelor schimbate. Lyons-Ruth a pus această problemă astfel: „Procesul *conduce* conținutul în această concepție, deci niciun conținut specific nu trebuie să fie urmărit; mai degrabă lărgirea domeniului și fluența dialogului sunt primare și vor conduce la un conținut din ce în ce mai complex și mai integrat" (Lyons-Ruth & Boston Change Process Study Group, 2001, p. 15).

Lărgirea dialogului afectiv și lingvistic apare prin intermediul „improvizațiilor mișcărilor relaționale" de tip încercare și eșec ale cuplului terapeutic (Lyons-Ruth & Boston Change Process Study Group, 2001), și nu prin încercarea deliberată a terapeutului de a structura tratamentul. Când atât terapeutul, cât și pacientul simt că se potrivesc împreună în mișcarea către scopurile mutual susținute, rezultatul este adesea o experiență de vitalizare care întărește sentimentul în creștere că relația lor comună este una valoroasă și de ajutor. Runde repetate de improvizații relaționale tind să creeze tipare din ce în ce mai eficiente de potrivire împreună, care în cele din urmă vor ajunge să concureze cu predispozițiile vechi ale pacientului și să le destabilizeze — generând astfel experiența posibilității, fluxului și tulburării, care este precursorul subiectiv (adesea îngrijorător) al schimbării.

Chiar dacă aceste modificări ale cunoașterii relaționale implicite a pacientului apar brusc (într-un moment de întâlnire) sau gradual (printr-un dialog continuu care este din ce în ce mai inclusiv și mai colaborativ decât se așteaptă pacientul), contextul lor este întotdeauna unul intersubiectiv și acțional. Cu ani în urmă, Frieda Fromm-Reichmann a remarcat că pacientul are nevoie de o experiență, și nu de o explicație. S-ar putea spune că pacientul are nevoie mai mult de o relație decât de un motiv.

Ceea ce este pus în act în relația terapeutică va depinde de interacțiunea dintre cunoașterea relațională implicită a terapeutului și cea a pacientului. Concentrarea asupra calității participării noastre ca terapeuți este esențială pentru recunoașterea modului în care contribuim involuntar. Așa cum am văzut, trecerile la act cocreate au potențialul de a asigura unele dintre cele mai importante contexte pentru a transforma sentimentul de sine al pacienților noștri, sentimentul lor față de alții și față de relații.

Dar atunci când clinicienii, în mod inconștient, concluzionează în rejucarea tiparelor encodate în reprezentările interne ale pacientului, trecerile

a act cocreate pot fi obstacole în realizarea scopurilor tratamentului. Vechile lucruri învățate pot fi blocate pe loc, așteptările familiare confirmate, trecutul problematic repetat; rezultatul poate fi un impas terapeutic. Mai rău, pacientul poate fi retraumatizat. Mai mult, există problema atitudinii noastre față de experiență: în măsura în care trecerile la act eșuează în a atrage atenția și a ne face să medităm, este ca și când am fi pe pilot automat — somnambuli în rolul nostru în interacțiune, și nu treji la aceasta, prinși în experiență, și nu reflexivi sau meditativi față de ea.

Toate acestea fac să fie imperativ pentru noi să fim în mod consecvent atenți la natura relației implicite pe care o punem în act cu pacienții noștri. Pentru a ne implica în ceea ce ei nu pot verbaliza trebuie să recepționăm atât muzica, cât și cuvintele. Cum simțim că îi afectăm sau că suntem afectați de către ei? Cum simte pacientul că ne afectează sau că este afectat de către noi? Ce putem să deducem din experiența sa subiectivă și intersubiectivă — și ce simțim despre propria noastră experiență? Trebuie să ținem seama că orice schimb verbal, orice interpretare, orice intervenție este un eveniment interpersonal; fiecare influențează relația noastră comună implicită într-o mai mare sau mai mică măsură și adesea neanticipat — astfel, încercările noastre de a fi de ajutor (la fel ca efortul meu prea plin de zel de „a ajunge" la Eliot) pot avea un impact care este în contradicție cu ceea ce intenționăm sau așteptăm.

Abordarea evocărilor cunoscutului negândit

Un director, cu foarte multă putere și nu neapărat un intelectual, a venit la mine aparent la insistențele soției. Ea se plângea că el este tensionat, distrat și indisponibil din punct de vedere emoțional. Pacientul, pe care o să-l numesc Gordon, nu era convins de acest lucru sau de nevoia sa de terapie, dar părea dispus să încerce (puțin). După trei sau patru ședințe dintr-un tratament care părea să aibă un viitor din ce în ce mai nesigur, am observat grija cu care îmi alegeam cuvintele. Am realizat că mă simt în mod inexplicabil anxios, ca și cum eram amenințat de un procuror și aveam nevoie ca limbajul meu să fie de necombătut.

După unele ezitări, am ales să împărtășesc această experiență pacientului meu. Auzind ceea ce am avut de spus, Gordon a rămas înmărmurit. A spus că îi descriu propria *lui* experiență, nu numai când se află aici cu

mine, ci în general. El nu a reușit niciodată să-și găsească cuvintele pentru a descrie acest lucru, dar acum i se părea că aduce în interacțiunea dintre noi ceea ce el a numit „peisajul său intern". În acest context, mi-a dezvăluit că avea un tipar compulsiv de „a placa cu aur" performanțele sale de la serviciu, model apărut dintr-un sentiment vag de amenințare; a adăugat că mama sa, o supraviețuitoare a Holocaustului, l-a întrebat de curând: „Nu te simți anxios? Probabil că ești singurul evreu de acolo".

Pe măsură ce exploram experiența lui și a noastră, pe durata câtorva ședințe, Gordon a devenit conștient de faptul că ceea ce a condus la propria sa armură a fost în special frica sa de judecată sau atac, mai ales în mediile pe care nu le considera raționale. S-a gândit că mama lui „avea aceeași anxietate rezultată din experiența ei" și a transferat-o cumva și la el. Acum se pare că el a transferat-o la mine. Vulnerabilitatea mea la sentimentul amenințării i-a permis lui Gordon să evoce în mine o experiență pe care făcea eforturi să o evite la el. „Relocalizând" sentimentul său inconștient de pericol, ne-a dat posibilitatea să-l identificăm/verbalizăm și apoi să începem să înțelegem că, la un anumit nivel, sentimentele pe care el era reticent să le considere ale lui erau de fapt, la origine, ale mamei sale.

Sugerând că pacientul a evocat în mine ceva la care el era reticent și, astfel, nu putea să exprime, mă refer aici la *identificarea proiectivă*. În mod convențional, acesta este procesul prin care proiectăm asupra celuilalt (sau în celălalt) ceea ce nu suportăm la noi. Apoi relaționăm cu celălalt într-o așa manieră încât ajunge să se identifice cu ceea ce noi am proiectat. Identificarea proiectivă, de obicei considerată un mecanism de apărare, este, de asemenea, o modalitate de comunicare nonverbală.[7]

Așa cum Melanie Klein a conceput-o inițial, identificarea proiectivă era de fapt *fantasma* din mintea copiilor mici și a adulților primitivi din punct de vedere psihic că pot cumva relocaliza anumite părți din ei în ceilalți. Psihanaliștii Winnicott și Bion sunt în general creditați pentru „interpersonalizarea" insight-ului lui Klein. Ei au realizat că ceea ce Klein a privit ca pe un fenomen în exclusivitate intern era de fapt unul interpersonal: fiecare

7. În acest context, Schore (2003) scria: „Freud a început să dea formă stării mentale a «atenției flotante» în care se poate recepționa comunicarea inconștientă a altora. Dacă Freud descria cum inconștientul poate acționa ca un «organ receptiv», concepția lui Klein despre identificarea proiectivă încearcă să schițeze cum un sistem inconștient acționează ca un «transmițător» și cum aceste transmisiuni vor influența apoi funcțiile receptive ale unei alte minți inconștiente" (p. 59).

dintre noi — de la naștere — evocă de fapt în ceilalți experiențe pe care nu suntem capabili sau nu dorim să le considerăm ca fiind ale noastre.

Bion (1962) a susținut că „identificarea proiectivă normală" este singurul și cel mai important mediu de comunicare în copilăria timpurie. Afectele copleșitoare sunt proiectate de copil într-o mamă receptivă, care le conține și le procesează înainte de a le returna copilului într-o formă modulată și „digerabilă". Observațiile cercetării copil–părinte tind să confirme teoria lui Bion — adăugând un accent crucial pe influența bidirecțională și coconstruire.

Stephen Seligman (1999), psihanalist și cercetător la Universitatea din California, a sugerat că o înțelegere realistă a relațiilor copil–părinte trebuie să ia în considerare atât proiecțiile *părintelui*, cât și pe cele ale copilului. În aceste relații și în alt tip de relații apropiate — cum sunt mariajul și psihoterapia —, adulții se folosesc în mod evident de identificarea proiectivă. Bion (1967) a susținut chiar că identificarea proiectivă este forma cea mai importantă de interacțiune dintre pacienți și terapeuți. Ceea ce subliniez în capitolele următoare este complexitatea identificării proiective: în primul rând faptul că este bidirecțională și, în al doilea rând, faptul că noi, ca terapeuți, trebuie să fim atenți să nu presupunem prea repede că ceea ce simțim că pacientul a evocat în noi aparține doar acestuia. De obicei, oamenilor le trebuie un cârlig pentru a-și agăța pălăria.

Cum evocăm exact propria noastră experiență în alții este o problemă care a fost clarificată într-un fel de cercetările contemporane din numeroase domenii. Se pare că transferul stărilor interne de la bebeluș la părinte (și viceversa) este în mare măsură realizat prin intermediul mediului de comunicare corp la corp. Puteți spune că devenim ceea ce vedem: atunci când percepem emoțiile la alții, simțim și noi aceste emoții.

Așa cum am menționat anterior, nou-născuții de doar 42 de minute vor imita gesturile faciale ale unui model care deschide gura sau scoate limba afară (Meltzoff & Moore, 1998). La două luni și jumătate, copiii vor reacționa la afișarea de către mamă a emoțiilor cu afecte proprii corespunzătoare (Haviland & Lelwica, 1987).[8] În alte cercetări asociate, Dimberg și

8. Mamele, în aceste interacțiuni față în față cu bebelușii lor, au fost rugate să adopte diverse expresii faciale: ca răspuns la o atitudine veselă a mamei, bucuria bebelușului a fost sporită și mișcările gurii au fost diminuate; ca răspuns la fața tristă a mamei, bebelușii au fost abătuți, iar mișcările gurii accentuate; ca răspuns la o expresie furioasă a mamei, bebelușii au arătat furie, iar corpurile lor au rămas nemișcate (Haviland & Lelwica, 1987).

colab. (2000) au prezentat subiecților adulți o înregistrare video neutră, în care secvențe de 30 de milisecunde ale unei fețe zâmbitoare și ale unei fețe mânioase au fost încorporate. Expuși acestor secvențe subliminale, subiecții experimentului și-au modificat în mod reflex micromusculatura propriei fețe conform expresiilor văzute (inconștient) pe fețele celor din înregistrarea video.

Se pare că suntem construiți de către evoluție să imităm în mod reflex comportamentul facial al celor cu care interacționăm. Dar ce are a face imitația cu transferul stărilor interne? Duplicarea comportamentului facial al altei persoane nu este același lucru cu participarea la experiența sa emoțională. Sau nu este așa?

Paul Ekman,[9] investigatorul eminent al fenomenologiei și psihofiziologiei expresiei faciale, a descoperit că reacțiile musculare faciale nu numai că *exprimă* emoțiile, ci le și *activează*. Când în mod deliberat ne asumăm expresia facială asociată cu o anumită emoție, fiziologia noastră și tiparele de activare cerebrală se schimbă în conformitate cu aceasta.[10] Cercetarea lui Ekman, cuplată cu studiile despre imitație, sugerează de fapt că adesea avem acces la astfel de stări ale altora, chiar dacă vrem sau nu. Atunci când duplicăm — inconștient sau involuntar — expresiile faciale ale altei persoane, producem în noi înșine un răspuns emoțional, care rezonează, se potrivește sau corespunde experienței emoționale a celeilalte persoane (Ekman, 2003; Ekman, Levenson & Friesen, 1983).

Așa se întâmplă și atunci când, ca terapeuți, avem potențialul să aflăm „dinăuntru" ceea ce pacienții noștri simt. Ceea ce nu pot transpune în cuvinte transmit prin intermediul comunicării figură–figură care evocă emoțiile lor în noi. Nu este surprinzător faptul că Ekman crede că „muzica" vocii (tonul, ritmul, conturul) comunică și activează emoțiile la fel cum

9. Ekman și-a câștigat inițial faima pentru demonstrarea transculturală a faptului că fiecare emoție primară (tristețe, furie, frică, surpriză etc.) este asociată cu un tipar propriu de reacții musculare faciale: bucuria, de exemplu, este reflectată de zâmbet, dar este crucială și implicarea involuntară a mușchilor din jurul ochilor.

10. Clarificând acest proces, Ekman cita din *The Purloined Letter*, în care Edgar Allan Poe, scriind din perspectiva unui detectiv, explica modul în care a câștigat în mod deliberat accesul la stările mentale ale altora: „Când vreau să aflu cât de deștept, cât de prost, cât de bun sau viclean este cineva sau care sunt gândurile lui la un moment dat, îmi modelez expresia feței mele, cât mai exact posibil, în funcție de expresia lui și apoi aștept să văd ce gânduri și sentimente apar în mintea și în inima mea, pentru a se potrivi sau pentru a corespunde expresiei" (Poe, citat de Ekman, 2003, p. 37).

ce și expresia facială. Puteți să o numiți identificare proiectivă sau co-
unicare nonverbală, fapt este că pacienții noștri vor activa înăuntrul nos-
u rezonanțe ale propriilor lor experiențe.

Elementul crucial aici este unul aflat exact în centrul abordării intersu-
ective, relaționale în psihoterapie: *pentru a accesa ceea ce pacienții noștri
i pot pune în cuvinte trebuie să ne racordăm la propria noastră experiență su-
ectivă.* Mai târziu voi explora în detaliu cum teoria relațională contem-
orană ne poate ajuta să ne utilizăm subiectivitatea pentru a identifica, în-
elege și a folosi corect influența evocatoare a pacientului. Deocamdată,
oi spune doar că pentru a putea primi comunicarea nonverbală a pacien-
ului trebuie să învățăm să-i recunoaștem reverberațiile înăuntrul nostru.

Odată ce reușim acest lucru, poate fi vital în anumite momente să dez-
ăluim, în mod deliberat, pacientului nostru, ceea ce credem că a fost evo-
at în noi. Altă dată, putem folosi conștientizarea a ceea ce a fost evocat
entru a dezvolta și a transmite o înțelegere mai profundă despre expe-
ența nerostită a pacientului nostru. Altă dată, pacienții au nevoie să ne
adă că luptăm cu succes pentru a face față experiențelor pe care ei nu
-au putut suporta. Nimic din toate acestea nu este posibil fără înțelege-
ea faptului că pacienții noștri vor evoca adesea în noi ceea ce nu pot co-
unica prin intermediul limbajului, cu excepția limbajului corporal.

bordarea încorporărilor „cunoscutului negândit"

O pacientă era foarte stingherită de posibilitatea apariției tăcerii între
oi. Explorând în detaliu această experiență, a spus că dacă nu ar fi exis-
at niciun fel de conversație, ne-am fi uitat pur și simplu unul la celălalt.
Și dacă ar apărea acest lucru? am întrebat eu. Atunci ne-am uita la corpul
eluilalt, a răspuns ea. Ar fi ca și cum am fi două corpuri aici. Acest lucru
a ridicat întrebarea, foarte neliniștitoare, a relației dintre corpurile noas-
re — cunoscută și sub forma problemei sexualității.

Nu putem exclude corpul dacă vrem ca psihoterapia să facă loc expe-
ienței pacientului cât mai mult posibil. „Cura prin cuvânt" este foarte
robabil să fie semnificativ mai puțin inclusivă, mai puțin integrativă dacă
ste doar o conversație între două capete vorbitoare. Senzațiile corporale
unt întotdeauna substratul emoțiilor: într-o mare măsură ceea ce simțim
zic este ceea ce *simțim* emoțional.

Experiența preverbală, identificată de cercetarea atașamentului ca având o influență atât de mare, este în mare măsură experiență corporală. Așa cum am indicat anterior, comunicarea de la corp la corp este cea care asigură subtextul evocator al dialogului rostit în psihoterapie. Deși mare parte din impactul acestei comunicări se înregistrează în afara domeniului conștientizării, este, de asemenea, adevărat că poate fi foarte greu de aflat ceea ce nu reușim să vedem. Clinicienii nu își pot permite să ignore corpul — atât al lor, cât și al pacientului — deoarece corpul adesea primește și transmite ceea ce nu a fost sau nu a putut fi pus în cuvinte.

Impactul unei traume acute, precum și al atașamentului dezorganizat este frecvent somatic. Una dintre pacientele mele, care a fost în mod cronic traumatizată în copilărie, era în mod alternativ copleșită de durerea fizică sau anesteziată la aceasta — ca și cum semnalele interne erau asurzitor de intense sau de-abia perceptibile. Ea se simțea câteodată prizonieră în propriul corp, iar câteodată ca și cum nu ar fi avut un corp al ei. Avea dificultăți în a-și da seama dacă suferința ei fizică nu era, de fapt, un înlocuitor pentru suferința emoțională.

În mod invariabil, astfel de pacienți — care oscilează între o hiperexcitare copleșitoare și o disociere amorțitoare — au o mare dificultate în reglarea afectului. Ei întâmpină greutăți în translatarea senzațiilor somatice în sentimente pe care să le poată articula sau să le poată folosi pentru a ghida o acțiune potrivită. Datorită ușurinței cu care pot fi în mod automat stimulați, ei gândesc și simt mult mai greu; în schimb, neagă și disociază. Deloc surprinzător este faptul că studiile neurologice au arătat că pacienții cu un istoric de traumă au o reactivitate crescută a amigdalei și o activitate în mod corespunzător *diminuată* a cortexului prefrontal (Rauch și colab., 2000; Shin și colab., 2004). Pentru acești pacienți, „corpul este cel care ține scorul" (Van der Kolk, 1996, p. 214).

Este ca și cum corpul își amintește mult prea bine agoniile care au avut loc în trecut — și acum reacționează ca și cum dificultățile de zi cu zi pot fi dezastre amenințătoare de viață. Mare parte din munca în psihoterapie cu astfel de pacienți implică efortul de a recunoaște, de a tolera și de a eticheta stările somatice, astfel încât senzațiile corporale să poată fi asociate emoțiilor și emoțiile contextelor care le-au produs. Cu acești pacienți, calea către reglarea afectivă și integrarea experienței disociate începe de obicei cu corpul.

Față de pacienții care oscilează între hiperactivarea sistemului nervos mpatic și dezactivarea parasimpatică, sunt cei care se află într-o stare ıentală de respingere cu privire la atașament. Acești pacienți par într-adear capete vorbitoare și sunt mai degrabă inexpresivi, rigizi în postură, npasibili în ținută, vocile lor având puține inflexiuni.[11] Terapeuții care ıcrează cu pacienți inhibați, dezactivatori ca aceștia, trebuie să fie deliərat deschiși către acordarea la propriile senzații corporale — de tensiue, constricție, somnolență și așa mai departe. Adesea reverberațiile emoilor dezavuate ale pacienților sau mecanismele de apărare împotriva ceastora se vor înregistra mai întâi în corpul terapeutului.

Un coleg clinician mi-a povestit că odată a simțit o durere ascuțită în iept când lucra cu un pacient de tipul „Marlboro man". Acest pacient a rătat foarte puțin afect pe durata mai multor ani de tratament. Terapeuul a stat liniștit cu senzația de durere în piept, realizând că este ecoul corıoral al sentimentelor pe care le avea ca adolescent însingurat. A hotărât ă împărtășească această experiență cu pacientul său. După ce a făcut acest ucru și l-a întrebat pe acesta dacă a simțit vreodată vreo senzație similaă, lacrimile au izbucnit în ochii bărbatului și a început să vorbească penru prima dată de sentimentele sale de singurătate dureroasă din adolesență — sentimente pe care nu a reușit niciodată să le împărtășească sau ă le depășească.

Corpul, ca să îl parafrazăm pe psihanalistul Otto Kernberg, este o geografie de sensuri personale. Pentru a ajunge la aceste sensuri trebuie să facem loc sinelui somatic, să fim atenți atât la ceea ce corpul pacientului ne arată, cât și la relația pacientului cu corpul său. De asemenea, trebuie să im atenți la senzațiile propriului nostru corp — pentru că adesea ele reprezintă răspunsuri fiziologice rezonante cu ceea ce se întâmplă în pacient. n sfârșit, așa cum este indicat în vinieta care a deschis această reflecție supra corpului în psihoterapie, trebuie să fim atenți la relația dintre cele ouă corpuri din cameră. Toate acestea reprezintă căi pentru a recunoașe, a ne implica, și dacă totul merge bine, pentru a modifica impactul experiențelor formatoare problematice, pentru care pacienții noștri nu au ncă cuvinte.

11 Cercetarea lui Ekman sugerează că această inhibiție a corpului inhibă de fapt trăirea subiectivă a emoțiilor atât la copii, cât și la adulți.

Concentrarea pe domeniul nonverbal ne permite să ne conectăm cu fațete ale sinelui pacientului care nu au fost niciodată integrate și care nu pot fi verbalizate. Devenind conștienți de ceea ce pacientul pune în act cu noi, evocă în noi sau întrupează, avem oportunitatea de a începe să aflăm câte ceva despre „cunoscutul negândit" al pacientului, adesea învățând și despre noi pe parcursul acestui proces. Participarea la curenții relaționali, intersubiectivi și afectivi ai interacțiunii terapeutice poate face loc experienței și conștientizării pe care pacientul a trebuit să le renege inițial. Într-un mod ideal, răspunsurile noastre față de pacient pot face ca această experiență și conștientizare să se adâncească.

Atitudinea sinelui față de experiență

ncorporarea, mentalizarea și meditarea

Cercetările lui Main, Fonagy și alții confirmă faptul că posibilitatea de reflecta coerent la experiență — și nu de a fi încorporat sau disociat ntr-un mod defensiv de aceasta — este un indicator atât al siguranței pe are ne-o dă atașamentul nostru, cât și al capacității noastre de a crește coii (sau poate pacienți) care vor avea sentimentul de siguranță. La fel ca în interviul de atașament al unui adult sigur, această capacitate pentru atitudine „reflexivă" sau „de mentalizare" (am folosit termenii cu posiilitatea de a putea fi schimbați între ei) se manifestă printr-o relatare corentă a experienței, care la rândul ei scoate la iveală un sine coerent. Prin cest lucru înțeleg un sine care (1) are sens și nu este plin de inconsecvene; (2) reprezintă un tot unitar și nu este fragmentat de disocieri și dezauări; care (3) este capabil de colaborare cu sinele altora. Urmând calea ui Daniel Siegel (2006), voi sugera că un sine coerent este, de asemenea, unul stabil, adaptativ, flexibil și energic.

Ca psihoterapeuți, scopul nostru este să nu ajutăm pacienții să trăiască din ce în ce mai mult din interiorul unui astfel de sine coerent. Sarcina noastră este să cocreăm o relație cu pacienții noștri care să le permită să dea un sens propriei experiențe, să se simtă mai mult „împreună" și să relaționeze cu alții mult mai profund și cu o mai mare satisfacție. Elementul central al acestei sarcini din modelul de psihoterapie pe care-l propun este atitudinea de mentalizare a terapeutului care facilitează propria capacitate de mentalizare a pacientului. Astfel mentalizarea — implicită și explicită — este cheia integrării experiențelor disociate ale pacientului care au fost accesate printr-o concentrare asupra domeniului nonverbal.

Nimic nu poate prezice mai bine capacitatea unui adult de a crește copii atașați securizant decât abilitatea de a accesa deschis și de a reflecta colaborativ la amintirile legate de atașament și de a construi și prezenta o narațiune coerentă a experiențelor timpurii de atașament. Amintiți-vă de cercetarea IAA care dezvăluia că aceasta este capacitatea care diferenția adulții siguri de cei cu experiențe de atașament suboptimale. Adulții care resping nu pot accesa direct amintirile legate de atașament; narațiunea lor este rigidă și incompletă. Adulții preocupați nu pot reflecta într-un mod colaborativ; narațiunea lor este haotică și confuză.

Totuși există *unii* indivizi cu acest tip de experiențe care „se decuplează" de la traseul dezvoltării lor, producând narațiuni coerente și crescând copii siguri. Această descoperire empirică în ceea ce privește „siguranța câștigată" este una importantă, cu implicații încurajatoare pentru psihoterapie. Pur și simplu, confirmă faptul că indivizii au potențialul de a transcende limita istoriei lor — rupând cercul dezavantajelor care transmit nesiguranța și trauma de la o generație la alta. Ceea ce se dovedește a conta la fel de mult și, câteodată, chiar mai mult decât experiența formatoare este atitudinea noastră față de acea experiență.

Luând această concluzie ca punct de plecare, găsesc că este foarte folositor din punct de vedere clinic (și personal) să gândesc în termenii a trei atitudini primare față de experiență: putem pur și simplu să fim *prinși* în experiență, putem să avem o atitudine *reflexivă* sau de *mentalizare* sau putem fi *meditativi*.

În majoritatea timpului, fără să fie conștienți de acest lucru, mulți dintre pacienții noștri sunt prea prinși în experiențele problematice — prea mult se identifică cu ceea ce cred sau simt — pentru a fi capabili să-și imagineze puncte de vedere alternative ale acelei experiențe. Pentru a-i ajuta să acceseze *multiplele* ei niveluri, și nu doar să joace versiunea unidimensională în care credulitatea lor autoprotectoare/de autoapărare îi ține prizonieri, trebuie să intrăm pe aceeași lungime de undă cu ei în domeniul nonverbal. Pentru a face acest lucru într-un mod eficient trebuie să fim capabili să mentalizăm — adică să fim capabili să ne găsim calea de a sesiza intuitiv stările mentale care stau la baza experienței prezente a pacientului. Aceasta este mentalizarea *implicită* și ne permite să atingem, să rezonăm și să răspundem într-o manieră acordată la experiența în, aici și acum, pentru care pacienții noștri poate că nu au încă cuvinte. Apoi, după

am accesat această experiență nerostită, care a fost disociată sau dezavu-ă, trebuie să fim capabili să reflectăm asupra ei împreună cu pacientul, ntru a favoriza integrarea acesteia. Acest lucru necesită o mentalizare *ex-licită*, care implică limbajul, pentru a ne ajuta pacienții să dea un sens ex-erienței lor, situând-o în contextul trecutului trăit și viitorului anticipat, recum și în momentul prezent. Mentalizând implicit și explicit, în mod radual, îi facem capabili și pe pacienții noștri să facă același lucru.

Psihoterapia, în toate formele ei, implică o relație care stimulează sau ezinhibă capacitatea pacientului de a mentaliza (Fonagy și colab., 2002; Iolmes, 2001). După cum vom vedea, mai mult, psihoterapia a fost înțe-easă ca fiind un proces care cultivă capacitatea pacientului de a medita Martin, 1997; Germer și colab., 2005). Meditativitatea este definită ca fi-nd „pură atenție" — adică „conștientizarea clară și absolută a tot ceea ce e întâmplă cu noi și în noi la momente succesive ale percepției" (Nyana-onika, 1972, p. 5). Baer (2003), revizuind literatura despre antrenarea ca-acității de meditație ca intervenție clinică, a descris termenul ca fiind „ob-ervarea noncritică a valului de stimuli interni și externi care apar" (p. 125). n fel ca și atitudinea de mentalizare, atitudinea meditativă poate avea otențialul de a crește integrarea, reglarea emoțională și siguranța dată de atașament. Dar înainte de a aborda aceste implicații terapeutice, vreau ă spun câteva cuvinte despre fiecare dintre cele trei atitudini față de ex-eriență.

Prinși în experiență

Când suntem prinși în experiență este ca și cum noi *suntem* experien-a, atât cât durează ea. Tot ceea ce simțim și credem la un anumit moment uăm, pur și simplu, ca atare. În multe circumstanțe, o astfel de atitudine este exact ceea ce trebuie — atunci când suntem cufundați în plăcerea mu-zicii sau a schiatului, sau atunci când facem dragoste. În altele, orice alt-ceva *decât* această atitudine ne pune într-un dezavantaj critic: neîncrede-rea în sentimentul de a fi în pericol poate fi la rândul ei periculoasă când, de exemplu, ne găsim pe traiectoria unui camion în viteză. Dar dacă o po-ziție de scufundare în experiență este în mod obișnuit *singura* noastră op-țiune, experiența cu privire la noi înșine și la ceilalți este foarte posibil să fie problematică.

Cu un așa cadru mental nonreflexiv, senzațiile somatice, sentimentele și reprezentările mentale care ar putea furniza *informații* despre realitate sunt simțite în loc *să fie* realitatea. Aici — și acesta este un punct crucial — există o singură perspectivă asupra experienței, o singură abordare, ca și cum nu ar exista interpretări, ci doar percepții, nu ar exista credințe care să nu fie și fapte.

În mod inevitabil, aceasta complică sarcina de reglare a emoțiilor și de folosire utilă a lor. Dacă fiecare sentiment este o conductă către adevăr, nu avem nici rațiunea, nici capacitatea de a pune frână la ceea ce simțim — și, ca o regulă, sentimentele nemodulate nu sunt bune nici ca evaluări ale realității și nici ca indicatoare pentru acțiune. Atunci când ne simțim speriați, de exemplu, circumstanțele care au evocat frica noastră sunt privite — *neîndoielnic* — ca fiind periculoase într-un mod realist. Bineînțeles că o astfel de evaluare nu face decât să ne amplifice frica. Astfel prinși în experiență, ne asumăm riscul de a striga „foc" într-un teatru aglomerat. În situații ca aceasta, lumea internă păcălește realitatea externă, fără să țină seama de „datele faptice".

Invers, când suntem adânc prinși în experiența noastră, este greu să trasăm o limită care să diferențieze evenimentele din afară de cum se în-registrează ele înăuntru: aici, tot ceea ce întâmplă cu noi este simțit, într-o anumită măsură, ca fiind ceea ce suntem, iar sentimentul este prea intens pentru a fi pus sub semnul întrebării. Astfel, această poziție este înrudită cu modul de *echivalență psihică* (Fonagy și colab., 2002), în care experien-țele noastre subiective, despre lumea internă și realitatea externă, sunt pur și simplu echivalate. Blocați în acest fel de a fi, suntem prinși în ceea ce Melanie Klein a numit *poziția paranoid-schizoidă*, unde clivajul predomină, iar sinele este simțit ca fiind obiectul experienței, și nu ca un subiect care inițiază și interpretează.

Limitați la o astfel de atitudine, nu avem nici stimulentul, nici spațiul mental pentru a gândi în mod deliberat la experiența noastră, atât din ca-uză că nu există niciun sentiment al naturii mai degrabă subiective și nu obiective a acestei experiențe și pentru că sentimentele nemodulate, pur și simplu, fac imposibilă gândirea. Mai mult, a fi prinși în experiență sub-minează capacitatea noastră de a răspunde într-un mod *implicit* propriei experiențe sau a altora din punctul de vedere al stărilor mentale care stau la baza acesteia. Când această atitudine este opțiunea noastră implicită,

tem pe pilot automat și astfel mult prea constrânși de modelele de lu- învechite și de tiparele structurale obișnuite de a gândi, de a simți și a face.

ntalizarea

O atitudine de mentalizare creează potențialul unei flexibilități afecti- cognitive și comportamentale, în mare parte pentru că ne permite să imaginăm multiplele perspective ale oricărei experiențe, crescând șan- e ca modelele preexistente să fie actualizate, iar modelele obișnuite ezautomatizate". Această deschidere, împreună cu calitatea de autocer- are a atitudinii de mentalizare, contribuie la generarea unor narațiuni A ale adulților siguri care sunt coerente, și nu rigide sau haotice.

Mentalizarea face posibile atât eforturile noastre conștiente de a da un ns experienței noastre, cât și responsivitatea noastră inconștientă la ex- riență, pe baza sentimentelor, dorințelor și credințelor care stau la baza . Astfel, atitudinea de mentalizare crește abilitatea noastră de a identi- a și de a ne modula afectele, acestea servind într-adevăr funcției lor pri- are — și anume de a ne ajuta să evaluăm experiența lumii și pe baza estei evaluări să ne ghideze acțiunile într-o manieră cât mai adaptativă.

Să presupunem că am fost cuprinși de impulsul de a ne retrage de lân- un prieten apropiat care a devenit neajutorat și nesigur. Cu o atitudine mentalizare, am putea să ne întrebăm în legătură cu dorința noastră de ne retrage, în loc să luăm sentimentele noastre așa cum sunt ele și să ne săm conduși în acțiune de impulsuri — probabil devenind conștienți de ptul că aparenta vulnerabilitate a prietenului nostru ne aduce aminte, cu liniște, de propria noastră vulnerabilitate. Acest mod de conștientizare epinde nu numai de capacitatea de a reflecta într-un mod deliberat, ci, ult mai important, și de aceea de a ști implicit că experiența are și o pro- nzime interpretativă. Cu alte cuvinte, experiența (cum ar fi sentimentul a da înapoi în fața nesiguranței unui prieten și de a dori retragerea) are sens, care poate fi pe deplin surprins în contextul stărilor mentale sub- cente (cum ar fi propria noastră anxietate de a fi vulnerabili și ca rezul- t tendința noastră de a exagera vulnerabilitatea altora).

Teoreticienii atașamentului și-au concentrat atenția asupra aspectelor riate ale atitudinii reflexive sau de mentalizare. Main (1991) a subliniat

capacitatea pentru metacogniție — a ne gândi la gândurile noastre — care își are bazele în recunoașterea *distincției aparență/realitate* (lucrurile pot fi altfel decât par), *diversității reprezentaționale* (oameni diferiți pot avea perspective diferite asupra aceleiași realități) și *schimbării reprezentaționale* (părerea cuiva despre realitate se poate schimba în diferite momente și în contexte diferite). Fonagy, la fel ca Main, a pus accentul pe capacitatea de a menține multiple perspective asupra unei singure situații; de asemenea, a subliniat ceea ce a numit *citirea minții* (2001) sau *considerarea existenței unei minți a celuilalt* (1991), afirmând că esența mentalizării este abilitatea de a citi sau de a interpreta experiența și comportamentul oamenilor din punctul de vedere al stărilor lor mentale. Jeremy Holmes (1996), integrând contribuțiile lui Main și Fonagy, a subliniat ceea ce el a numit *competența narativă* (sau *autobiografică*), care reprezintă capacitatea de a fi conștient de viața psihică de-a lungul timpului, de a diferenția între propriile sentimente și cele ale altora și de a percepe natura reprezentațională a gândirii.

Meditația

Meditația înseamnă a fi aici chiar acum — capabil de a fi în totalitate prezent în acest moment, receptiv la orice fel de experiență ar putea să apară și totuși să nu fii prins în niciun aspect particular al experienței. Înseamnă, de asemenea, a fi conștient de experiență fără să o judeci sau să o evaluezi. Această stare de deschidere, prezență alertă și conștientizare necritică este în mod obișnuit cultivată prin meditație. Totuși, scopul suprem al unei astfel de practici nu este obținerea unei astfel de stări în timpul meditației, ci exersarea — și întărirea — acestei capacități de conștientizare în viața de zi cu zi.

O ilustrare personală: după o dimineață incredibil de stresantă, am intrat la o ședință de caz pe care o susțineam de mulți ani. În mod obișnuit, de abia așteptam să mă întâlnesc cu terapeuții din grup, dar atunci — pentru că mă simțeam prost, anxios și iritabil — pur și simplu nu voiam să fiu acolo. Tot ceea ce puteam face era să trec prin tematică. Prea implicat în propria mea tensiune nervoasă pentru a putea reflecta într-un mod benefic, mi-am propus să încerc să-mi evoc pur și simplu o stare de meditație. Am tras aer în piept de câteva ori și am recurs la trucul mental de a-mi imagina că experiența mea *prezentă* — în acest caz, relaționarea cu acești

apeuți, pe mulți dintre ei cunoscându-i îndeaproape de mai mulți i — era *ultima* experiență pe care o voi avea. Poate părea puțin sumu, dar această abilitate a minții adesea mă întoarce — câteodată într-o pă și cu un răsunător „brânci" — la momentul prețios „aici-și-acum". ajutorul câtorva respirații conștiente și al „experimentului mental", aterizat cu ambele picioare în momentul prezent, fără să mă mai simt olat, ajungând să fiu chiar mulțumit că mă aflu acolo. Trecerea de la o itudine de scufundare în experiență la una de conștientizare a părut să chimbe totul".

Atitudinea meditativă față de experiență, la fel ca și cea de mentaliza-, conferă beneficii semnificative. Per ansamblu, se pare că practicarea ei poate ajuta să modulăm sentimente neînțelese, să diminuăm suferința itoimpusă, să ne adaptăm la schimbările vieții mult mai ușor și să expementăm la un nivel mai profund bucuriile pe care viața ni le rezervă (vezi ner, 2003; Lazar, 2005; Martin, 1997; Segal, Williams & Teasdale, 2002).

Multe din cercetările formale s-au axat pe impactul meditației asupra rpului, demonstrând că astfel de practici reduc indicele obișnuit de res: reduc nu numai nivelurile de glucocorticoizi (hormonii stresului), și ritmul inimii, consumul de oxigen și așa mai departe (Sapolsky, 004). Mai mult, în timp ce stresul subminează competența sistemului nun, meditația pare să o crească (Davidson și colab., 2003). În același udiu, meditatorii începători[1] au prezentat de-a lungul timpului o creșre a activării regiunii prefrontale stângi din cortex, regiune care este sociată cu emoțiile pozitive și inhibarea amigdalei. De asemenea, relaările individuale au indicat scăderea anxietății, precum și creșteri ale senmentelor pozitive; cu cât era mai înclinată balanța activității prefronta- spre stânga, cu atât sentimentele pe care le raportau erau mai mult ozitive și mai puțin negative.

Studiile la care au participat practicanți ai meditației cu ani de expeență au arătat rezultate și mai impresionante. Unul dintre subiecți, un ălugăr tibetan budist, a sfidat așteptările cercetătorilor când nu a prezent niciun fel de semn al reflexului de clipire, practic imposibil de inhibat, ı răspuns la sunetul unei împușcături; orientarea spre stânga a activită-

Acești subiecți au participat la opt ședințe săptămânale de două-trei ore de instruire în meditație plus o zi de pauză.

ții sale prefrontale era practic în afara limitelor (trei unități față de normă). Era, de asemenea, și un adept excepțional al citirii microexpresiilor feței care, conform lui Ekman, dezvăluie realitatea emoțională a altor persoane (Ekman, 2003; Goleman, 2003).[2]

Cercetările de ultimă oră (vezi Walsh & Shapiro, 2006) sugerează că meditația și conștientizarea pot avea efecte de-a dreptul bine venite față de o mare gamă de afecțiuni fizice (de ex. hipertensiunea, astmul, sindromul premenstrual și diabetul de tip II) sau probleme psihice (de ex. depresia, tulburarea obsesiv-compulsivă, anxietatea sau fobiile). Există diferite modalități pentru a explica cum practicarea lor produce astfel de efecte. La nivel fiziologic, o astfel de practică pare să diminueze reactivitatea autonomă și hiperexcitabilitatea sistemului nervos simpatic, care sunt produse de emoțiile cu punct de plecare în amigdală, cum ar fi frica sau furia. La nivel psihic, pare să faciliteze calmul, autocunoașterea, autoacceptarea, precum și dezautomatizarea tiparelor obișnuite de a gândi sau a simți. Și așa cum am propus, poate contribui de-a lungul timpului la crearea (sau consolidarea) unei baze sigure internalizate. În sfârșit, există din ce în ce mai multe dovezi care sugerează că atitudinea meditativă stimulează empatia (Morgan & Morgan, 2005) — o descoperire care susține concluzia că meditația întărește mentalizarea (Allen & Fonagy, 2002). În mod evident, atitudinea meditativă joacă un rol important în psihoterapie.

De la scufundare în experiență la mentalizare

Fiecare dintre pacienții noștri este la un moment dat prins în experiență, iar unii dintre aceștia sunt astfel tot timpul. Ultimii sunt prizonierii momentului, prinși de circumstanțele interne și externe, care par fără discuție „reale". La fel ca nou-născuții și copiii mici, deși din cu totul alte motive, acești pacienți (care adesea au niveluri borderline ale forței eului, TSPT și/sau depresie majoră) sunt incapabili să mențină *multiple* perspective asupra forței unei experiențe date. Perspectiva unidimensională nu lasă loc pentru interpretare; astfel ei întâmpină mari dificultăți în a da un

2. Împreună cu încă un subiect foarte experimentat în meditație, acest călugăr a avut un scor mult mai mare decât oricare alt individ din cei 5.000 testați de Ekman.

na propriei experiențe sau experienței altora în funcție de stările men-le. Blocați într-o astfel de atitudine, ei au o capacitate și mai redusă de identifica, modula și de a exprima într-un mod eficient sentimentele evo-ite de experiență, în special experiența dureroasă.

Majoritatea pacienților noștri (și majoritatea terapeuților) se află în mod milar prinși de experiență, uneori, dar mult mai rar și de obicei numai fața unui distres semnificativ. Astfel, pentru mulți dintre noi ceea ce nu-ește a fi prins în experiență este dependent de context, adică există anu-ite evenimente, anumite relații sau anumite evenimente *în cadrul* unor relații care ne fac să ne simțim complet absorbiți. Luați pe sus de aceste moții copleșitoare, putem să ne simțim extrem de incapabili, în astfel de ontexte, să ne ridicăm la suprafață, adică să pășim în afara experienței și ă ne gândim la ea cu o anumită parte din noi.

Atât în copilărie, cât și în psihoterapie, trecerea de la o atitudine de rindere rigidă la flexibilitatea mentalizării și reflectării apare de obicei în adrul unor relații foarte apropiate. În linii mari, aceleași ingrediente ale elației care promovează siguranța atașamentului favorizează și capacita-ea de mentalizare. Așa cum am discutat în capitolul 4, legătura dintre scu-undare în experiență și mentalizare este construită pe baza reglării afec-ului, a recunoașterii intenționalității și a jocului simbolic.

Într-o dezvoltare suficient de sănătoasă, atitudinea de mentalizare a co-ilului mic ia ființă prin intermediul responsivității senzitive a persoanei are-l îngrijește. O astfel de responsivitate este ea însăși complet depen-entă de capacitatea persoanei care îngrijește copilul de a mentaliza — dică de a interpreta semnele în mare măsură implicite, nonverbale ale opilului drept comunicări ale stărilor mentale. Același lucru poate fi spus despre psihoterapie, în care acordarea noastră empatică la comunicarea pacientului apare în mare măsură din capacitatea noastră de a mentaliza. ntr-adevăr, în special în contextul unei relații intersubiective de atașament in ce în ce mai securizant — susținută de concentrarea atenției terape-tului asupra dimensiunii nonverbale care este pusă în act, evocată sau ncorporată —, terapeutul care mentalizează activează potențialul pacien-ului de a mentaliza.

Pacienții mai sănătoși și terapeuții lor pot fi capabili să reflecteze îm-preună destul de consecvent asupra stărilor lor mentale, până când unul dintre parteneri se împiedică într-o experiență copleșitoare din punct de vedere emoțional. Când mentalizarea este în acest fel deraiată (cum ar fi pe parcursul unei treceri la act tulburătoare) sau când potențialul pentru mentalizare nu a fost încă aprins, atunci pacientul — sau câteodată terapeutul — poate fi prins în modul unidimensional, de scufundare în experiență al echivalenței psihice în care mintea și lumea sunt îmbinate. Merită să observăm modul în care copiii fac această echivalare între stările interne și realitatea externă — pentru că vedem de obicei variații ale aceleiași teme la pacienții noștri adulți prinși în experiență.

Într-un experiment bine cunoscut (Gopnik & Astington, 1988), copiilor cu vârste între trei și șase ani le-a fost arătat un tub de M & M și au fost întrebați ce cred că se află înăuntru. Toți au răspuns „M & M" și probabil toți au fost dezamăgiți când au văzut că în tub nu se afla decât un creion. Puși apoi să anticipeze răspunsul unui prieten la aceeași întrebare, cei mai mulți au răspuns ca și cum ar fi fost pe deplin evident: „Un creion". Și mai surprinzător, atunci când au fost rugați să-și aducă aminte ce s-au gândit ei că se află în tubul de M & M atunci când au fost întrebați pentru prima dată, mulți au avut același răspuns: „Un creion".

Acest test de „credințe false" demonstrează clar dificultatea pe care o au copiii (în special înaintea vârstei de patru sau cinci ani) de a păstra în minte mai mult de o perspectivă asupra experienței. În limbajul metacogniției ei au, în cel mai bun caz, o înțelegere slabă a diversității reprezentaționale și a schimbării: adică nu își pot imagina nici că prietenul lor poate avea o perspectivă diferită față de a lor, nici că propria lor perspectivă se poate schimba. În acest studiu, ca și în viață, copiii mici — și adulții prinși în experiență — pot prezenta o dificultate extraordinară în a nu echivala lumea internă cu realitatea externă sau, într-un anumit sens, în a face ca lumea internă să nu fie anulată de lumea externă.

Dar, desigur, echivalarea psihică funcționează în ambele sensuri. O colegă mi-a spus odată că atunci când a vrut să-i facă baie copilului ei de doi ani, acesta a început să plângă în semn de protest, furios că va fi pus în cadă împotriva voinței lui. Cuprins de furie, a mușcat-o și apoi a strigat: „Mama m-a *mușcat!*" Aici, lumea internă — a furiei și apoi a fricii — a „bătut" realitatea externă, astfel încât ele au devenit una și aceeași.

Unul dintre pericolele pe care le atrage echivalența psihică atunci când este trezită este proiecția mult prea facilă în exterior a ceea ce este simțit în interior (furie, teroare), creând în procesul experienței o lume foarte

periculoasă. Pacienții adulți prinși în experiența lor, cum ar fi cei pe care îi putem descrie ca borderline, sunt vulnerabili exact la acest tip de pericol. Ei echivalează sentimentele cu realitatea și reacționează ca și cum ar fi amenințați atunci când propriile lor sentimente sunt proiectate asupra celorlalți; de exemplu, simțindu-se furioși, dar și rușinați de lipsa de acordare a terapeutului, ei pot decide că terapeutul este rău intenționat și probabil prost echipat pentru a putea fi de ajutor.

În mare măsură, acesta este tipul de pericol care propulsează atât copiii, cât și adulții în refugiul pe care Fonagy l-a denumit modul „a pretinde că". Când ne întoarcem cu spatele la realitatea fizică, pentru a ne cufunda în domeniul pretinderii că — atunci când ne pierdem în joc sau fantezie —, *decuplăm* lumile interne și externe, în loc să le echivalăm, eliberându-ne astfel prin intermediul imaginației de asuprirea stărilor mentale care sunt simțite ca fiind mult prea reale. Dacă pentru copii și adulți trăirea scufundării în experiență dată de echivalarea psihică este, pur și simplu, ceea ce este — câteodată destul de înspăimântătoare —, trăirea în modul pretinderii este ceea ce noi *vrem* să fie.

Pentru a exemplifica și mai bine: în dimineața trecută, copilul meu de patru ani m-a trezit cerându-mi să-i fac un nod la prosop, ca să poată să-l poarte ca pe o pelerină în jurul umerilor. După ce am făcut acest lucru, am comis *greșeala* de a-l întreba dacă este în continuare fiul meu sau a devenit acum Superman. „Tatii!" a răspuns el, accentul pe ultima silabă scoțând clar în evidență nota de reproș. Apoi luând-o la fugă din cameră a strigat: „Niciunul dintre ei, eu sunt Batman!" Puțin mai târziu, coborând scările am luat de pe jos „pelerina" lui. Deși sunt psiholog, nu am putut să rezist să nu-l întreb la micul dejun: „Acum ești fiul meu sau ești Batman?" Cu un zâmbet larg mi-a răspuns: „Sunt Batman. *Câteodată port un costum ca să fiu Batman*".

Simbolizarea în modul pretinderii reprezintă un avans important în dezvoltare după scufundare în experiență sau echivalență psihică. Atunci când simbolizăm, facem ca un lucru să stea în locul altuia (sau să se refere la altceva), recunoscând că simbolul și ceea ce simbolizează sunt două entități separate. Punând peste el prosopul (simbolul), care înseamnă pelerina lui Batman (cel simbolizat), îi permite fiului meu să „fie" Batman fără să creadă de fapt că el chiar *este* Batman — cu alte cuvinte, el este capabil în jocul simbolic să aibă două perspective ale aceleiași experiențe și

să sesizeze distincția dintre aparență și realitate. În modul pretinderii, avem șansa de a exersa o versiune rudimentară a trei componente ale mentalizării — putem simboliza, putem menține în minte multiple perspective și putem face diferența între aparență și realitate. Pe scurt, putem mentaliza atâta timp cât ne facem că.

Fonagy, de asemenea, spune o poveste cu Batman despre copilul său de patru ani (Allen & Fonagy, 2002), amintindu-și că în una dintre călătoriile sale la o conferință în străinătate s-a străduit foarte mult să-i găsească un costum de Batman fiului său, la cererea acestuia. Atunci când Fonagy a venit cu el acasă, băiatul său l-a îmbrăcat și s-a uitat îngrozit la el în oglindă, izbucnind apoi în lacrimi și insistând să își scoată imediat costumul. Câteva momente mai târziu a luat o fustă mai veche a mamei sale și și-a pus-o în jurul umerilor, pretinzând în continuare fericit că este Batman.

În modul de pretindere experiența poate fi ceea ce vrem să fie — dar asta numai atâta timp cât „lupii" realității sunt ținuți suficient de departe de ușă. Atunci când fiul lui Fonagy a văzut imaginea sa în costumul mult prea realist, semăna *prea mult* cu Batman și s-a simțit ca și cum *era* Batman. Modul de pretindere — și potențialul pentru simbolizare care amplifică siguranța, distincția dintre aparență și realitate și adoptarea unor perspective multiple — se prăbușește în echivalența psihică.

Bineînțeles că același tip de colaps poate apărea și în psihoterapie. De exemplu, recent, am devenit conștient de-a lungul câtorva ședințe cu una dintre pacientele mele vechi cu care aveam o relație de lucru foarte bună că acum părea neobișnuit de anxioasă cu mine. Explorarea anxietății ei a scos la iveală că era îngrijorată de natura sentimentelor mele față de ea — și de „limitele" mele — de când, într-una dintre ședințe, i-am făcut complimente în legătură cu aspectul ei și chiar am atins-o pe umăr atunci când a plecat. Acest episod (despre care vom vorbi mai mult mai încolo) ilustrează fragilitatea calității „pretind că" (în mod protector) sau a situației „ca și cum" a relației terapeutice.

În fața acordării terapeutice sau a vulnerabilității pacientului, „spațiul de joacă" al terapiei poate deveni rapid mult prea înfricoșător de real și, împreună cu colapsul în scufundarea în experiență, poate veni și distrugerea reglării afective. Atunci când experiența internă pare brusc să nu difere de realitatea externă (de exemplu atunci când frica noastră este simțită, fără îndoială, ca fiind bazată pe realitate), putem să ne simțim

plușiți, ca și cum ne-am confrunta singuri cu o situație periculoasă fără ire.

Poveștile despre cei doi copii de patru ani și despre persoana adultă n terapie sunt menite să ilustreze cum modul pretinderii ne conduce în rte — dar numai în parte — de la scufundare în experiență la mentalire. Dacă echivalența psihică este prea reală, pretinderea nu este suficient reală și astfel este, comparativ cu cealaltă, mai fragilă. Totuși, este un unct important, pentru că modul pretinderii ne permite un acces real la pacitățile de mentalizare care sunt, pur și simplu, imposibil de atins atâtimp cât suntem scufundați în experiență.

Copiii au rezultate mult mai bune la testul de „credințe false" descris ai devreme dacă sarcina este încadrată ca pretindere. Față de „versiuea reală" a sarcinii, care pune la încercare capacitățile multor copii de pau ani, varianta de „a pretinde că" s-a dovedit a fi foarte ușoară și penu aproape toți copiii de trei ani (Gopnik & Slaughter, 1991). Așa cum unoscutul psiholog al dezvoltării Lev Vîgotski a spus, „în joc, copilul este ntotdeauna peste nivelul vârstei sale, deasupra nivelului comportamenului zilnic; în joacă este ca și cum ar fi cu un cap mai înalt decât este" (citat de Fonagy și colab., 2002, p. 261). Atunci când „pretinde că" el poate să exerseze și să-și întărească importante abilități de mentalizare.

Același lucru este valabil și pentru pacient, în psihoterapie. Terapeutul are păstrează „cadrul" tratamentului — adică limitele sale — creează un el de spațiu tranzițional, în care poate dezvolta o relație terapeutică care ste în același timp pretinsă și reală. Această dualitate este probabil ceea e Freud (1914/2004) a avut în minte atunci când a vorbit despre transfer a fiind un „domeniu intermediar între boală și viața reală", în care imulsurile disociate ale pacientului pot fi acceptate „ca în spațiul de joacă". entru că miza aici nu este atât de mare pe cât ar fi într-o altă relație imortantă, intimă, pacientul își poate permite să riște mai mult, la fel cum face și copilul în joc. Aspectul de „a pretinde că" al psihoterapiei — împreună cu relația terapeutică ca bază de siguranță — asigură un grad de bertate și siguranță care poate permite pacientului să își imagineze, să ândească și să simtă mult mai ușor.

Totuși, imaginația nu ne poate conduce direct la mentalizare, pentru că entimentul asociat al libertății și posibilității se poate evapora atât de ușor — mpreună cu abilitatea de a regla afectele — de îndată ce pretinderea este

confruntată cu realitatea. Gândiți-vă la fiul lui Fonagy și la frica pe care a simțit-o atunci când s-a confruntat cu imaginea sa mult prea reală de Batman sau gândiți-vă la pacienții aflați într-o furie narcisistă, care „se pierd" atunci când fantasmele lor vitale, dar vulnerabile despre ei înșiși sunt puse sub semnul întrebării de realitățile externe — la fel ca răspunsurile celorlalți la ei, care nu țin pasul cu nevoile lor.

Atât în copilărie, cât și în psihoterapie, trecem de la scufundare în experiență la mentalizare numai atunci când există oportunități pentru a integra modul echivalenței psihice de orientare către realitate lipsită de mentalizare cu modul pretinderii de conectare la nerealitate însoțit de mentalizare (Fonagy și colab., 2002, p. 266). O astfel de integrare eliberează mintea de tirania unor fapte brute (incluzând aici în special stările mentale care sunt *resimțite* ca fiind reale), dar fără a lăsa în urmă realitatea concretă.

Nici echivalare a minții cu lumea și nici disociere a minții de lume, această sinteză a „împământării" și imaginației ne permite să răspundem experienței din punctul de vedere al *relației* dintre stările interne și realitățile externe. Gândiți-vă astfel: atunci când suntem prinși în experiență, experiența este „știută" a fi reală și deci ne simțim obligați să acționăm; atunci când „pretindem că", experiența este știută a fi nereală, deci niciun fel de acțiune reală nu este necesară. Atunci când mentalizăm, putem să ne întrebăm totuși cât de reală sau nereală este senzația noastră despre experiență. Ne putem întreba, cu alte cuvinte, cum stările noastre interne relaționează în acel moment cu realitatea externă — și apoi, cu o mai mare libertate și cu o informație mult mai de încredere, putem să alegem cum să acționăm (dacă acționăm).

Abilitatea de a ne întreba în legătură cu aceste lucruri rezultă dintr-un *cerc benign* care implică experiențele de atașament securizant, care facilitează la rândul lor reglarea afectivă, excitarea optimă și mentalizarea (Allen & Fonagy, 2002). În acest proces sinergic, relația în desfășurare cu o persoană care îngrijește responsivă senzitiv (sau cu un terapeut acordat empatic) asigură experiența și în cele din urmă speranța că afectele pot fi reglate și excitarea menținută în „fereastra de toleranță" (Siegel, 1999). Sentimentul de bază de siguranță rezultat face posibilă pentru copil (sau pacient) explorarea: să se uite la chipul, în mintea sau inima persoanei care-l îngrijește (sau ale terapeutului) și să găsească acolo o reflecție a sa ca

„ființă intențională" al cărei comportament are sens din punctul de vedere al sentimentelor, dorințelor și credințelor din context.

Atunci când comportamentului, în special celui nonverbal, îi este răspuns în acest fel — adică din punctul de vedere al stărilor mentale subiacente —, se creează la copil (sau la pacient) o conștientizare din ce în ce mai mare a multiplelor niveluri de experiență și a multiplelor perspective asupra experienței. Cu alte cuvinte, se generează o atitudine de mentalizare în fața experienței. În schimb, capacitatea de mentalizare facilitează o abilitate în creștere atât de a regla afecte, cât și de a simți relația de atașament ca o bază de siguranță. Acesta este cercul benign care face posibile creșterea psihică, integrarea și apariția unei baze de siguranță *internalizate* atât în copilărie, cât și în psihoterapie.

...tărirea sinelui reflexiv și facilitarea integrării în psihoterapie

Lucrările lui Main asupra metacogniției și ale lui Fonagy asupra mentalizării sugerează puternic nevoia copilului de relații de atașament, nu numai pentru protecție sau siguranța resimțită, ci și pentru a asigura contextul intersubiectiv în care capacitățile sale reflexive pot să se dezvolte. Primul pas în acest proces implică interacțiunile de reglare afectivă cu figura de atașament care îl învață pe copil despre sentimente. Pentru că emoția este în centrul sinelui în dezvoltare, interacțiuni ca acestea, care reglează *eficient* afectele, fac posibilă integrarea (și nu disocierea) multiplelor experiențe emoționale ale copilului și astfel sentimentul în creștere al copilului de a avea un sine coerent.

Ca și copilul în dezvoltare, un pacient aflat într-un context cu predilecție intersubiectiv al psihoterapiei are oportunitatea de a învăța (sau de a și aminti) că sentimentele pot fi recunoscute, împărtășite cu alții, se poate reflecta la ele sau pot fi modificate. În modelul de psihoterapie ca transformare prin relație, baza de siguranță și concentrarea terapeutului asupra experienței nonverbale permit sentimentelor disociate ale pacientului să iasă la suprafață și să fie recunoscute. Odată ce astfel de sentimente renegate ies la suprafață și sunt simțite, ele au potențialul de a schimba — adică de a fi acceptate (furia amară despre trecut poate trece în ceva mai ușor, cum ar fi regretul) sau/și transformate (nevoile care au fost odată renegate devin „proprii" și pot fi gratificate). Relația care face loc emoțiilor anterior negate și terapeutul care ajută pacientul să le suporte și să le înțeleagă fac, de asemenea, integrarea lor mult mai fezabilă.

Dar pacientului în psihoterapie, ca și copilului mic, îi va fi foarte greu să-și cunoască stările interne — sau chiar să știe că *are* stări interne care pot fi cunoscute — până când acestea nu sunt recunoscute de către altcineva. Să vedem cum celălalt — părinte sau terapeut — poate face posibilă această cunoaștere, numire și reflectare asupra acestor stări interne posibile nerecunoscute.

Mă voi concentra pentru început asupra acestui proces așa cum se desfășoară în copilărie, făcând punți de legătură cu psihoterapia pe parcurs. Apoi voi prezenta câteva materiale clinice care vor ilustra cum ceea ce știm despre copilul în dezvoltare — nevoia de a avea pe altcineva care mentalizează pentru a-l ajuta la reglarea sentimentelor, folosirea jocului simbolic și a limbajului în trecerea de la scufundare în experiență la mentalizare — poate clarifica procesul integrator al psihoterapiei.

După cum vă amintiți, Fonagy și colegii săi au observat că nou-născuții și copiii mici inițial învață despre sentimentele lor prin experiențele de oglindire, care pot fi atât contingente, cât și „marcate". De exemplu, un copil aflat în distres poate fi consolat atunci când mama sa este capabilă să rezoneze cu el, să reflecteze și să oglindească înapoi la el corect stările lui interne — dar cu suficient de multe diferențe, astfel încât afișarea sentimentelor *ei* să fie „marcată", ca fiind un răspuns la stările *lui* interne, și nu o exprimare a propriilor ei stări. Mai mult, pentru ca această oglindire să faciliteze abilitatea copilului de a-și regla, precum și de a-și recunoaște afectele trebuie să fie acompaniată de o atitudine sau de o acțiune care să sugereze faptul că se poate face față distresului — firește de către persoana care-l îngrijește, dar, posibil, și de către copil.

Un alt episod din arhiva mea personală va ilustra cum poate funcționa acest proces. Pe vremea când fiica mea de 18 luni se speria noaptea, eu eram părintele care se trezea în mijlocul nopții de țipetele ei „Mami! Mami!". Atunci când din pătuțul ei m-a văzut pe *mine* deschizând ușa camerei, a țipat furioasă: „Tati rău! Te urăsc! Adu-o pe mami!". Aceasta nu era întâmpinarea pe care o așteptam la ora trei dimineața și am simțit cum încep să mă enervez. Încercând să mă fac auzit peste țipetele ei, i-am spus — fără îndoială iritat — că mami doarme și nu am de gând să o trezesc. Stând lângă pătuțul ei, m-am înmuiat și am înțeles totuși (sau mai

grabă am *simțit*) logica incontestabilă a comportamentului ei: în mod
ident a crezut că dacă se enerva și țipa îndeajuns de tare, mă va face să
aduc pe mama ei. Toate astea le-am simțit imediat, dar dacă mă gândesc
retrospectiv, mi-au permis nu doar să mă calmez, ci în același timp (fără
să mă gândesc) să oglindesc furia ei, cu o „față rea" exagerată și cu un
„mârâit" de însoțire pentru a marca sentimentele mele ca „pretinse", pen-
tru ca apoi să trec ușor spre un „oooooo" lung și înțelegător pentru a re-
flecta dezamăgirea din spatele furiei ei. Apoi am transpus mimica mea în
cuvinte, spunându-i că bineînțeles că era furioasă, pentru că ea o voia pe
mami, dar tati nu s-a dus să o aducă. Apoi am auzit-o încercând să-mi
spună printre lacrimi ceva ce inițial nu am înțeles. Era: „Tati, ajută-mă să
mă simt mai bine". Au urmat apoi o îmbrățișare caldă și un cântec, după
care am pus-o în pătuț.

Deși nu am putut să am o discuție cu fiica mea asupra acestei interac-
țiuni, aș vrea să cred că a fost una care a ajutat-o să-și cunoască sentimen-
tele și să înceapă să le regleze. Cum? Văzându-se pe ea așa cum am văzut-o
eu — cu alte cuvinte, văzându-se pe ea în oglinda răspunsurilor mele de
mentalizare, ca o ființă intențională al cărei comportament exprimă senti-
mente și dorințe, care pot fi cunoscute, numite, împărtășite și *schimbate*.

E important să subliniem câteva aspecte mutual întărite ale relației pen-
tru că sunt relevante direct pentru munca noastră cu pacienții. În primul
rând, este faptul că odată ce am găsit o atitudine reflexivă și am reușit
să-mi reglez propriile *mele* sentimente, am fost capabil să sesizez și să-i
oglindesc înapoi ceea ce *ea* a simțit. În al doilea rând, numai atunci când
am înțeles afectele ei, din prisma intențiilor ei, am reușit să le dau un sens.
În al treilea rând, exact această „mentalizare" a experienței sale emoțio-
nale mi-a permis să o sesizez pe a mea, pentru a-i fi astfel de ajutor.

Pentru a activa un proces similar în psihoterapie trebuie să fim capa-
bili nu numai să răspundem emoțional pacientului, ci și să reflectăm asu-
pra emoțiilor — ale noastre și ale pacientului — decât să fim doar prinși
în sentimentele pe care încercăm să le înțelegem. (Nu mai este nevoie să
spunem că acest tip de responsivitate poate fi câteodată foarte greu de ob-
ținut și de obicei este nevoie ca terapeuții înșiși să aibă o experiență con-
siderabilă ca pacienți.)

Mare parte din simetria dintre activitățile clinicianului care mentalizea-
ză și părintele care mentalizează va deveni evidentă pe măsură ce voi

trece în revistă ceea ce se știe în prezent, despre cum ajung copiii să-și cu-
noască, să-și regleze și să-și integreze emoțiile. Acest tip de dezvoltare poa-
te apărea doar în contextul unei relații cu o persoană acordată. Până când
copiii nu experimentează o astfel de relație, ei nu pot „ști" ceea ce simt, ci
doar că simt (Coates, 1998). Pentru a transforma „sentimentele lor nepre-
lucrate în simboluri" (Holmes, 2001), copiii au nevoie de interacțiuni in-
tersubiective, de reglare a afectului, în care vor ajunge să se cunoască pe
sine prin procesul de a fi cunoscut de alții. Același lucru poate fi spus și
despre pacienții aflați în psihoterapie. Atât pentru copii, cât și pentru pa-
cienți, interacțiunea cu o altă persoană acordată și senzitiv responsivă este
cea care face posibilă dezvoltarea unui sine reflexiv.

Experiența unei oglindiri întâmplătoare și „marcate" — și în sens mai
larg, a unei acordări emoționale — le permite copiilor să dezvolte *repre-
zentări* ale afectelor lor, prin asocierea lor cu răspunsurile inițial (în prin-
cipal) nonverbale și în cele din urmă verbale ale figurii de atașament. Mai
întâi la nivelul nonverbal, părintele acordat „numește" sentimentele co-
pilului prin comportamente corporale — expresii faciale, ton al vocii, ges-
turi — care comunică o recunoaștere empatică a experienței interne a co-
pilului. Astfel, primele reprezentări ale stărilor interne ale copilului se
găsesc în oglindirea răspunsurilor mamei. Winnicott (1971a) a avut pro-
babil exact acest lucru în minte atunci când a scris: „Ce vede bebelușul
atunci când se uită la fața mamei? Copilul se vede pe sine. Pentru că mama
se uită la copil, și cum arată depinde de ceea ce ea vede" (p. 112).

Bineînțeles, părinții fac apel și la limbajul vorbit pentru a-și ajuta co-
piii să-și reprezinte sentimentele. Folosind cuvinte cum ar fi „trist" sau
„mânios" pentru a eticheta afectele copiilor lor, părinții generează un dic-
ționar emoțional care va deveni mai folositor pe măsură ce copilul îi aude
pe ceilalți folosind aceste cuvinte pentru a descrie afecte (un prieten care
plânge este trist) și pe măsură ce copilul începe să facă același lucru (în-
țelegerea acestor cuvinte este confirmată sau corectată). O versiune simi-
lară a acestor procese nonverbale și verbale este scoasă la iveală în relația
pacientului cu terapeutul, permițând emoțiilor să fie simțite și apoi repre-
zentate în modalități din ce în ce mai nuanțate și mai cognoscibile.

Important este faptul că sentimentele (și alte stări mentale) care pot fi
reprezentate — în special prin cuvinte — sunt mult mai ușor identificate,
împărtășite, reflectate și modulate. De aici reiese semnificația enormă în

copilărie și psihoterapie a relațiilor care reglează afectele, în care această capacitate de a vorbi despre sentimente se poate dezvolta. Așa cum a spus Fonagy, „limbajul este mediul reprezentațional *par excellence* pentru mentalizarea explicită" (Allen & Fonagy, 2002, p. 29). Emoția este în mare parte, dacă nu în cea mai mare parte, ținta mentalizării explicite. Vorbitul în „cura prin cuvinte" are potențialul de a întări capacitatea pacientului de a regla și de a integra aceste emoții. (Pentru ca acest potențial să se realizeze, aceste emoții trebuie să ia naștere în aici-și-acum în relația terapeutică, altfel aceste vorbe sunt probabil doar vorbe.)

În afară de rolul lor în interacțiunile de reprezentare a afectelor și reglare afectivă, părinții întăresc capacitatea de mentalizare a copilului atunci când observă, participă sau comentează jocul simbolic al copilului. Aici răspunsurile verbale și nonverbale ale părintelui la experiența „de a pretinde că" a copilului asigură o perspectivă suplimentară — o perspectivă a adultului — care ajută la legarea lumii interne a imaginației de lumea externă cu toate constrângerile și posibilitățile ei. În mod similar, în psihoterapia copilului, clinicianul oferă în mod implicit sau explicit perspective asupra jocului copilului care rezonează cu și extind propriile perspective ale copilului.

În tratamentul adulților, facem ceva foarte similar atunci când oferim pacienților noștri empatie și interpretare — ca răspuns, desigur, nu la jocul lor, ci la experiența relației pe care o împărtășim. Situația de transfer–contratransfer are întotdeauna elemente de „pretind că" și realități care fac loc unei game largi de experiențe emoționale și stări mentale, incluzând aici unele care au fost în mod defensiv excluse din sentimentul obișnuit de sine al pacientului. Paradoxul pretinderii este că, în virtutea relației noastre cu pacientul, a fi mai puțin real poate avea potențialul de a fi mult mai real — profunzimea emoțională, mult mai adevărată și mai incluzivă.

Atunci când ajutăm la accesarea, descoperirea și legarea diferitelor emoții, stări mentale și niveluri de experiență (implicit și explicit, simbolic și nonsimbolic) ale pacientului, întărim capacitatea pacientului atât de reglare afectivă, cât și de mentalizare. Pe parcursul acestui proces, facilităm integrarea experiențelor pe care pacientul inițial a simțit nevoia să le disocieze sau să le renege și astfel contribuim la ceea ce a fost numit „apogeul mentalizării explicite, adică abilitatea de a ne înțelege pe noi și pe alții în termenii unei narațiuni coerente autobiografice și biografice" (Allen & Fonagy, 2002, p. 29).

Întărirea sinelui reflexiv: ilustrarea procesului clinic

„Rebecca" este pacienta de care am amintit mai devreme (p. 189), care a devenit anxioasă când am complimentat-o cu privire la aspectul său și apoi i-am atins umărul ușor atunci când pleca din cabinetul meu. Discutând modul în care am făcut amândoi față căderii emoționale care a urmat acelei întâlniri deranjante, sper să comunic modul în care cercul benign al atașamentului, reglării afective și mentalizării lucrează, de fapt, în psihoterapie.

Mai mult, voi clarifica cum am gândit și cum m-am comportat în legătură cu patru aspecte îmbinate și suprapuse continuu ale practicii clinice. Primul este atitudinea schimbătoare a pacientului în fața experienței, care determină, într-o anumită măsură, natura alegerilor mele clinice în fiecare ședință. Următorul aspect este atenția mea susținută asupra folosirii domeniului nonverbal — evocarea, trecerea la act și încorporarea — pentru a aduce la suprafață, în momentul prezent, experiența implicită și disociată a pacientului. Apoi urmează trecerea implicitului în explicit: recunoașterea și numirea experienței din acel moment face loc pentru aceasta și astfel facilitează integrarea preliminară. În sfârșit, pentru a continua integrarea, depun eforturi în dialogul cu pacientul pentru a da un sens experienței — adică, a conecta elementele ei disparate astfel încât să dăm acestei experiențe un context care să aibă sens în termenii trecutului amintit, prezentului trăit și viitorului anticipat al pacientului. Totalitatea acestor eforturi implică ceea ce psihanalistul Roy Schafer (1992) a numit „repovestirea unei vieți". Atunci când totul merge bine, acest proces generează o poveste de viață coerentă sau o narațiune care poate susține și aprofunda sentimentul de completitudine al pacientului și capacitatea lui de a iubi.

Aveți răbdare cu mine până pregătesc scena. Rebecca este un medic în jur de 30 de ani care a solicitat psihoterapie, simțind o imensă nesiguranță în pragul divorțului. Deși era extrem de inteligentă, vivace și atrăgătoare, nu își putea imagina cum ar putea cineva să fie interesat de ea. Încrezătoare într-un mod superficial, era în mod intermitent chinuită

ie o nefericire fără nume, care o copleșea și o făcea câteodată să plângă. Era confuză din cauza emoțiilor sale și vulnerabilă atunci când era surprinsă de acestea. Astfel, ea se simțea ca și cum ar fi avut o fundație mișcătoare.

Puțin câte puțin, am început să recunoaștem împreună cât de greu a fost pentru ea să simtă lumea *dinăuntrul* ei și să se simtă ca un autor al propriei vieți; în schimb, de obicei se vedea pe sine prin ochii celorlalți și trăia în mare parte în funcție de așteptările și nevoile celorlalți. Am început să înțelegem, în mod gradual, că dificultatea sa de a-și cunoaște propria minte a luat naștere din necesitatea din copilărie de a-și dedica atenția în principal minții mamei sale.

Disponibilă într-un mod imprevizibil, și mult prea adesea furioasă, această femeie formidabilă și încântătoare a fost cea a cărei dragoste a fost dorită profund de către Rebecca și a cărei dezaprobare era terifiantă. Pentru a se adapta, a tras linia, funcționând ca un pacificator și excelând în domenii care contau pentru mama sa. Totuși, pentru toate reușitele și complianța sa, a simțit nu de puține ori că, pentru mama sa, în cel mai bun caz, era pe locul doi și, în cel mai rău caz, era o povară.

Peste aceste sentimente de dorință și intimidare în relația cu mama, Rebecca s-a simțit invizibilă în fața tatălui ei, a cărui atenție credea că a fost captată și monopolizată de sora ei mai mare. Lipsindu-i siguranța adevărată a unei legături autentice, s-a simțit singură în familia sa și nesusținută, nesigură pe dorințele ei și inhibată în revendicarea nevoilor ei.

Țineți cont că această poveste a apărut la suprafață după câțiva ani de terapie și reflectă conștientizarea pe care Rebecca nu a putut să o verbalizeze când relația noastră a început. Relația și înțelegerea pe care le-a facilitat, încet, au făcut pentru ea posibile cunoașterea propriilor nevoi și afirmarea lor, ca și cum, știind acest lucru — probabil —, putea acum să-și ceară dreptul la o viață proprie.

După câțiva ani de tratament, Rebecca s-a recăsătorit, de această dată foarte fericită, cu un bărbat care, după spusele ei, o iubea și o susținea necondiționat. A început totuși să fie îngrijorată de dimensiunea sexuală a relației ei: el părea să încerce întotdeauna să se apropie de ea, pe când ea doar sporadic reușea să se conecteze la dorințele ei. Mai mult, era neliniștită și nedumerită ori de câte ori devenea conștientă de retragerea ei emoțională după o perioadă de apropiere de soțul ei.

Atitudinea schimbătoare față de experiență

Timp de mai multe săptămâni, Rebecca nu a zis nimic despre cât de perturbată a fost de gestul meu neacordat. Fără niciun fel de îndoială, a crezut că nu poate spune nimic despre felul în care comportamentul meu a descurajat-o și să fie în siguranță. Acest lucru se întâmpla în ciuda anilor de schimburi relativ deschise între noi, fapt care ar fi putut cel puțin să ridice posibilitatea unei alte perspective — mai ales că relația noastră era suficient de sigură pentru ca ea să-mi poată spune că nu se simte în siguranță. În mod evident, Rebecca era prinsă în experiență, în acest caz în experiența foarte supărătoare a relației dintre noi.

Altădată, Rebecca a putut vedea că terapia avea o calitate „de a pretinde că" parțial: relația noastră era, după cum ea a spus, „una reală, care era în același timp una artificială". Deși sentimentul său că această relație, ca bază de siguranță, era unul suficient de real, „artificialitatea" relației era cea prin care a fost posibil ca ea să trăiască aceeași libertate care îi permite unui copil aflat la joacă să mentalizeze. În sfera protejată a pretinderii că, Rebecca își permitea o gamă mai largă de sentimente, gânduri și impulsuri în ședințele noastre decât putea în afara acestora — și putea să reflecteze asupra acestor stări mentale, și nu doar să le trăiască.

Totuși, spațiul psihic sigur creat în modul pretinderii se poate prăbuși atunci când este contrazis de o experiență mult prea în afara pretinderii. Atâta timp cât m-a văzut pe mine „îmbrăcat" în costumul unui părinte bun, să zicem așa, pericolul pe care îl reprezentam — pericolul sexualității sau al apropierii — putea fi ținut la periferie. Dar atunci când am complimentat-o și am atins-o, pretinderea liniștitoare a făcut loc unui sentiment de pericol care părea mult prea real.

Rebecca a încercat pe parcursul mai multor ședințe să restabilească și să mențină pretinderea că se simte în deplină siguranță cu mine. Dar cum adesea se întâmplă în astfel de interacțiuni, comunicarea ei nonverbală a dezvăluit că se simțea că e prea nesigură să-mi spună sau să conștientizeze pe deplin. Această revelație a fost primul pas spre a lua în considerare, împreună cu mine, semnificația celor întâmplate între noi. După mai multe ședințe succesive, atitudinea Rebeccăi față de experiență a virat de la scufundare și pretindere — și în mod gradual, a trecut înspre mentalizare.

Prima ședință din această succesiune a început cu o lungă perioadă de ... întreruptă de remarca Rebeccăi, ușor nervoasă, că nu are nimic în ...te, nimic special despre care să vorbească.

Când am întrebat-o cum vede acest lucru, a spus că acest lucru o face să se simtă stingherită. „Cum așa?" am întrebat eu. Ea a răspuns: „Va trebui doar să ne uităm unul la altul". „Și dacă ne uităm unul la celălalt?" „Nu știu. Mă face să mă simt stingherită. Înțelegi?"
Apoi a trecut imediat spre alte două experiențe similare — prima cu o prietenă pe care o ținea la distanță fără să știe exact de ce și a doua cu soțul ei. Tocmai se întorseseră dintr-un weekend romantic: sex nemaipomenit în prima noapte, iar apoi, atunci când el a devenit seducător în dimineața următoare, ea l-a respins. Nu știa de ce. Ar fi putut să se producă o ceartă, dar au înfrânat-o bine și restul weekendului a decurs bine — deși nu se poate să nu fie critică, pentru că tot ce au făcut a fost doar să stea, să se uite la filme, să iasă să mănânce și să facă dragoste. Auzind acest lucru, se pare că am avut o privire care i-a comunicat: „Hmm, sună bine!" S-a uitat fix la mine și mi-a spus: „Tu și prietena mea, în mod evident, credeți la fel despre astfel de lucruri. Nu știu ce este în neregulă cu mine, că nu pot să apreciez și eu asta. Înțelegi?"
Și apoi a urmat o altă pauză de tăcere.

Racordându-mă la muzică, și nu la cuvinte — adică la dimensiunea ...nverbală a interacțiunii —, sunt conștient că am simțit în interiorul meu ... tremor de anxietate care l-a oglindit pe al ei. De asemenea, am simțit ... pic de enervare când am observat (nu pentru prima dată) repetiția cu...ntului „înțelegi?" care puncta discursul ei, ca un tic nervos în ultimele ...ptămâni, probabil trădându-i disconfortul. Dar cel mai accentuat „înțe...gi?" părea să aibă implicația că eu, terapeutul ei, nu știam, nu înțele...am și probabil nu puteam fi de încredere pentru a putea face ceea ce fă...sem anterior. În mintea mea recunosc cu întârziere că relația noastră din ...timele săptămâni (sau poate și mai de mult?) avea un sentiment vag de disconfort și superficialitate, în contradicție cu ușurința și profunzimea pe care în mod obișnuit le asociam cu interacțiunile noastre. Crezând că experiența mea are legătură cu a ei și sperând să trec dincolo de cuvinte, la nivelul implicit și încă neverbalizat al interacțiunii prezente, m-am întrebat cu voce tare ce simte ea acum, în această tăcere.

Mi-a zis că se simte la fel de neconfortabil ca și înainte și că este ceva la modul în care ne privim în tăcere care o face să se simtă un pic anxioasă. Am încercat să-i împărtășesc părerea, că s-a simțit probabil destul de stingherită de ceva timp, nu numai în această ședință, ci și în ultimele săptămâni și poate chiar cu mai mult timp înainte.
A oftat sau mormăit ceva în loc de răspuns și a privit într-o parte. Am întrebat-o: „Ce este cu oftatul ăsta sau este un mormăit?"
A răspuns că are impresia că știe ce se întâmplă, dar nu este sigură dacă poate să vorbească despre acest lucru. După ce am spus pe un ton mai blând: „Îmi dau seama că trebuie să fie greu pentru tine", am întrebat-o dacă știe de ce îi este atât de dificil să vorbească cu mine despre ceva care este evident că o deranjează.
A ieșit astfel la iveală îngrijorarea ei pentru faptul că voi fi devastat de ceea ce o să-mi spună, deși crede că am mai auzit astfel de lucruri înainte. În sfârșit mă lasă să aflu despre „confuzia și supărarea" pe care le simte și care au fost declanșate probabil cu o lună înainte, când i-am făcut un compliment și am atins-o pe umăr. Până la acel moment, tot timpul cât a lucrat cu mine, nu am atins-o niciodată. Când am făcut acest lucru, toată relația noastră a fost pusă sub semnul întrebării. Spunând acest lucru, ochii ei s-au umplut de lacrimi.

Concentrarea asupra semnalelor nonverbale (sau paraverbale) — anxietatea și enervarea mea, sentimentul de aplatizare a ședințelor precedente, repetarea cuvântului „înțelege?" al Rebeccăi împreună cu limbajul corporal și oftatul său —, toate își aveau rădăcina în experiența vitală și îngrijorătoare, dar implicită și probabil disociată. Toate intervențiile mele ulterioare în această ședință au fost menite să facă loc cât mai mult posibil acestei experiențe. Astfel, i-am comunicat într-un mod implicit și

explicit că experienţa sa de aici este o prioritate pentru mine. Această deschidere şi acest interes adevărat pentru emoţiile şi gândurile ei, furia şi suspiciunile ei, au făcut-o să se simtă suficient de sigură cu mine pentru a se adânci şi mai mult în experienţă.

A face implicitul explicit

Aducerea la suprafaţă, în psihoterapie, a experienţei implicite este crucială, dacă vrem să adăpostim ceea ce pacienţii noştri mult timp au simţit nevoia să excludă din relaţiile lor, din sentimentul lor de sine sau din ambele. Câteodată, accesarea unor experienţe de acest fel, negate sau disociate, nu este numai necesară, ci şi suficientă, în şi prin ea însăşi, să efectueze schimbarea terapeutică. Mult mai des, presupun că este necesară în mod suplimentar explicarea implicitului prin transpunerea experienţei în cuvinte.

> Amintindu-mi în mod vag momentul care a perturbat-o atât de mult pe Rebecca, aş fi putut să-i dezvălui faptul că, probabil, m-am simţit apropiat faţă de ea şi îngrijorat pentru ea atunci şi că gestul meu, precum şi complimentul anterior au luat naştere probabil din dorinţa mea (inconştientă) de a transmite în mod activ ceea ce simţeam. Totuşi, am simţit că o astfel de deschidere ar fi fost o încălcare prematură a experienţei ei. Astfel, vrând să fac loc acestei experienţe, dar în acelaşi timp să o liniştesc pe ea (şi să ne protejăm amândoi, astfel, de frica ei faţă de mine), i-am spus că mă simt uşurat de faptul că putem vorbi acum despre ceva care a fost atât de deranjant pentru ea şi atât de greu de împărtăşit cu mine. De asemenea, i-am spus că unul dintre semnalele sale de distres percepute de mine a fost repetitivul „înţelegi?", care nu a făcut parte în trecut din discursul său, cel puţin nu am observat eu — şi că nu am mai auzit-o spunând acest cuvânt de când mi-a povestit exact ceea ce a supărat-o.
> Auzind aceste cuvinte, a izbucnit în plâns. După ce s-a liniştit, am întrebat-o dacă poate să-mi spună de ce a plâns. A spus că de tristeţe: tristeţe, pentru că a trebuit să se retragă atât de mult, pentru că are atât de multă nevoie ca lucrurile să nu fie prea intime şi că, pe măsură ce noi vorbeam, a simţit că lucrurile devin prea intime şi acest lucru a deranjat-o:
> — Trebuie să menţin compartimentarea terapiei. Trebuie să te ţin la distanţă. Ştiu că terapia este artificială, nu este chiar reală. Este şi nu este. Dar atunci când tu m-ai complimentat şi m-ai atins a devenit confuzant de reală.
> — Şi acest lucru a fost foarte greu pentru tine.
> — Da, aşa a fost. Nu am ştiu dacă putem să mai continuăm. Brusc nu am mai ştiut care sunt intenţiile tale sau ce fel de relaţie avem de fapt.
> — Şi cel mai greu a fost, cred, că simţindu-te în nesiguranţă, nu ai putut să vorbeşti despre ceea ce am făcut şi despre cum te-a afectat acest lucru.

Ceea ce se numeşte aici este experienţa sa implicită în relaţia cu mine de a se simţi ameninţată şi neîncrezătoare. Dificultatea sa de a fi explicită — chiar şi acum — despre pericolul specific pe care l-am reprezentat este o măsură a pericolului pe care l-a simţit. Până la următoarea şedinţă nu am putut să punem în cuvinte acest pericol şi modul în care ea i-a făcut faţă.

> Rebecca a început şedinţa cu un fel de glumă:
> — Suntem bine unul cu celălalt acum? — stând cu capul înainte şi cu mâinile împreunate la nivelul pieptului, cu palmele lipite.
> Am râs împreună cu ea, dar am sugerat apoi că umorul ei reflectă probabil sentimentul că nu a fost încă terminată conversaţia începută data trecută. A spus că a fost foarte deranjant pentru ea atunci, şi este în continuare, să vorbească astfel încât aş putea crede că îmi contestă integritatea.
> Am răspuns:
> — Deci pentru tine dacă îmi spui că m-am comportat seducător, ar însemna să-mi pui la îndoială integritatea?
> — Ceva de genul ăsta. Cum să-ţi spun că eşti seducător cu mine fără să-ţi pun sub semnul întrebării integritatea? Şi nu ştiam dacă faci acest lucru. Am simţit asta, dar nu am putut să îmi dau seama exact. Adică, la un anumit nivel, ştiam că nu o faci, m-ai ajutat de un milion de ori şi nu mi-ai dat niciodată un motiv să mă

îndoiesc de grija ta pentru mine. Dar nu m-ai mai atins niciodată până atunci... Am încercat să-mi imaginez că nu s-a întâmplat sau că nu a contat deloc.
— Dar se pare că a contat — atât de mult încât nu mai erai sigură dacă poți să continui ședințele cu mine. Și nu ai putut să spui nimic despre acest lucru.

Nivelurile profunde ale neîncrederii implicite a Rebeccăi și ale fricii acesteia sunt făcute în mod gradual explicite — în primul rând suspiciunea că acel compliment și atingerea mea au avut o intenție de exploatare; în al doilea rând, îndoiala că aș fi ascultat suspiciunea ei fără să devin extrem de defensiv.

I-am spus că este ceva ce nu înțeleg în totalitate:
— Dacă ai fi putut să-mi spui că ești îngrijorată de faptul că par seducător — și eu chiar eram seducător —, nu ar fi fost ca și cum doar ai fi avut grijă de tine și nu că îmi pui la îndoială integritatea? Este ca și cum aș fi fost prins în flagrant.
— Bineînțeles că așa ar fi fost, a răspuns ea. Dar asta doar dacă ai fi fost onest.
Ușor luat prin surprindere, într-o oarecare măsură, de neîncrederea ei, am spus:
— Acest lucru pare să fie o presupunere foarte greu de făcut... De fapt amândoi vedem cât de greu îți este să ai încredere în mine.
Puțin mai târziu am făcut explicită o parte din experiența mea atunci când m-a întrebat de ce sunt atât de hotărât să discut despre aceste lucruri: pentru că mă gândesc că este ceva valoros acolo care trebuie exploatat, ceva din care ar putea avea de învățat? Sau pentru că sunt îngrijorat că am făcut ceva greșit și vreau să lămuresc acest lucru?
Am început prin a spune că eu cred că este foarte important ceea ce explorăm acum împreună. Am adăugat că sunt întotdeauna mai mult decât deschis să aflu care este contribuția mea la ceea ce are loc între noi. Totuși, la jumătatea frazei am avut sentimentul că aceste cuvinte ale mele sunt oarecum îngrădite și neautentice și că nu se potrivesc cu situația prezentă dintre noi doi.
Deci am luat-o pe drumul pe care l-am crezut cel mai „bun":
— Fără îndoială că aș fi fost autocritic dacă aș fi simțit că ceea ce s-a întâmplat ar fi deteriorat relația noastră într-un mod iremediabil sau dacă aș fi crezut că am pus în act unele impulsuri inconștiente și distructive. Dar adevărul este că nu am făcut acest lucru. În acest moment, nu îmi pot aduce aminte în amănunt ceea ce s-a întâmplat, dar îmi aduc aminte că m-am simțit apropiat de tine la sfârșitul ședinței și dat fiind faptul că treceai printr-o perioadă foarte dificilă, cred că am încercat — destul de neîndemânatic —, dar am încercat totuși să comunic faptul că sunt alături de tine.
Rebecca a răspuns că pentru ea este o mare ușurare să mă audă spunând aceste lucruri.
— Cum așa? am întrebat.
Îmi dă mai mult spațiu mie, să mă gândesc la ceea ce s-a întâmplat. Rămâne tăcută pentru câteva momente înainte de a mă întreba pe un ton chinuit și rugător:
— De ce ar fi acest lucru atât de amenințător pentru mine?
Și atunci a început să se lupte să găsească un răspuns la întrebarea sa.

Răspunsul Rebeccăi vine în acord cu sentimentul meu că auto-dezvăluirea deliberată a terapeutului poate ajuta câteodată pacientul să se simtă mai puțin scufundat în propria realitate emoțională. Probabil că, verbalizând o altă perspectivă, terapeutul deschide calea pacientului pentru a lua în considerare mai mult decât o perspectivă asupra experienței — o trăsătură caracteristică mentalizării.

În afară de comportamentul nonverbal, care semnalează rezonanța și acordarea noastră indispensabilă, pacienții ca Rebecca — pentru a simți că suntem alături de ei și sunt înțeleși — au nevoie aproape întotdeauna de răspunsuri contingente, care sunt exprimate prin limbajul vorbit. Atunci când pacienții noștri ne pot citi gândurile, atât în cuvintele noastre, cât și pe fața noastră, ei sunt ajutați astfel să-și trăiască relația cu noi ca fiind una care poate cuprinde ceea ce ei au simțit nevoia, în trecut, să disocieze.

Atunci când folosim limbajul pentru a numi ceea ce este nenumit, îi ajutăm pe pacienții noștri să-și suporte și să-și comunice propriile sentimente

ânduri de nesuportat. Această reglare interactivă a distresului pacien-
noştri le întăreşte atât toleranţa afectivă, cât şi experienţa relaţiei te-
utice ca bază de siguranţă. Aşa cum vom vedea, această reglare inter-
vă promovează, de asemenea, mentalizarea.

a sens experienţei: interpretarea, mentalizarea şi naraţiunea

Deşi realitatea practicii clinice este rareori optimă, lăsaţi-mă să schiţez, ntru scopuri demonstrative, o versiune terapeutică optimă a procesu- pe care l-am descris. După ce am creat atât o bază de siguranţă, cât şi spaţiu tranziţional în care pacientul să poată avea experienţe împreu- cu noi, care să nu fie doar de „transfer" şi nici doar „reale" — Freud 14/2004) a numit acest spaţiu „domeniul intermediar" (p. 374) —, ci- semnalele nonverbale, din interiorul nostru şi de la pacient, pentru a tea accesa în aici-şi-acum experienţa implicită a pacientului. (Parafra- du-l pe Damasio, ajutăm pacientul să se conecteze cu *sentimentul* a ceea se întâmplă — cu dimensiunile emoţionale şi corporale ale experien-) Ajungând la marginea perceptibilă a modelului intern de lucru al pa- ntului sau a naraţiunii implicite, încercăm să facem explicit implicitul. ar atunci încercăm, în sfârşit, cu pacientul să reflectăm asupra acelei perienţe pentru a-i da un sens.

Secvenţa teoretică pe care am încercat să o schiţez face posibil un pro- prin care experienţa care a fost anterior *doar* simţită — sau nu a fost oc simţită — poate fi trăită în cadrul unei relaţii în care acea experien- poate fi înţeleasă şi i se poate da un nou context. Experienţa implicită explicită care este în siguranţă împărtăşită este schimbată. Aceasta este *escrierea reprezentaţională* (Karmiloff-Smith, 1992) prin care trecutul func- nal, cu influenţă (deşi nu trecutul istoric) este modificat, făcând posibi- noi opţiuni pentru prezent (Stern, 2004). În sfârşit, scopul nostru este a-i face pe pacienţii noştri capabili să genereze o naraţiune coerentă de- e viaţa lor, care să reflecte experienţa unui sine coerent. Acesta a fost opul meu cu Rebecca, iar interpretarea a fost o parte importantă în rea- area acestuia.

Atunci când Rebecca m-a întrebat pe un ton amărât de ce atinge- rea mea a fost atât de ameninţătoare pentru ea, era evident că nu mai era prinsă în experienţă sau implicată într-o explorare în care „pretindea că", decuplată de la realitate:

— Ştiu că îmi place ca bărbaţii să se simtă atraşi de mine, dar este ca şi cum vreau doar să fiu văzută, dar nu atinsă. Nu vreau să se apropie nimeni prea mult. Deci, când de obicei cineva se apropie prea mult de mine, pur şi simplu opresc totul. Cred că mă refer aici la trecut, dar chiar şi acum, cu soţul meu, mă retrag imediat. S-a întâmplat acelaşi lucru şi cu tine? Trebuie să fi făcut parte din asta, din retragerea mea automată când cineva se apropie prea mult. Dar e ca şi cum ceva lipseşte, ceva care nu înţeleg.

I-am răspuns cu următoarea interpretare:

— Cred că ştiu ce este acel ceva. Cred că atunci când te-am com- plimentat şi ţi-am atins umărul şi te-ai simţit tulburată, nu ai ştiut exact de ce. Ţi-ai explicat acest lucru ţie însăşi, decizând că am fost seducător, şi nu apropiat şi suportiv faţă de tine, iar gândul că mă simt atras de tine a dat la o parte, pur şi simplu, orice sentiment de apropiere dintre noi, apropiere pe care cred că o apreciezi la fel de mult, pe cât te temi de ea.

A răspuns:

— Cred că ai dreptate, pari să ai dreptate — şi a adus în discuţie situaţii în care s-a retras atunci când a primit semnale că cineva este interesat să se apropie de ea, fie o prietenă apropiată, fie so- ţul ei. Astfel de răspunsuri au luat-o prin surprindere, deşi a spus că, pe măsură ce a înaintat în vârstă, a devenit foarte pricepută în a rămâne singură. Aici a început să plângă şi — când am între- bat-o ce se întâmplă înăuntrul ei — a răspuns că tocmai i-a trecut prin minte o imagine în care era boxer şi mă avea pe mine, pe so- ţul ei şi pe prietena sa „în colţul ei, de partea ei".

În următoarea şi ultima şedinţă pe care o voi descrie, Rebecca a spus că ultima noastră conversaţie i-a deschis inima, dar nu pen- tru mult timp. A făcut dragoste cu soţul ei în weekend, simţind o intimitate extraordinară, ca şi cum ar fi fost pe punctul de a-şi re- declara dragostea unul faţă de celălalt. Şi apoi „ea pur şi simplu s-a închis, a secat". A simţit că a făcut acest lucru aproape delibe- rat. Câteva zile mai târziu era supărată şi i-a spus soţului ei că vrea doar să stea singură pe canapea şi să citească — ca o metodă

de a preveni ceea ce și-a imaginat a fi o abordare sexuală din partea lui.

O parte din ea vrea să aibă încredere și să fie aproape de el și să se simtă confortabil, dar cealaltă parte nu o lasă:

— Este ca și cum ar fi o fetiță mică în mine care este furioasă, rănită și plină de ură și care vrea doar să fie lăsată în pace, să fie singură. Chiar m-am gândit câteodată să mă despart de soțul meu și să-mi găsesc un loc singură, care să fie exact cum îmi doresc eu, fără să mă gândesc dacă tabloul sau țesătura aceea merge lângă șemineu. Acea fetiță este atât de furioasă. Este ca și cum această parte din mine vrea să se deschidă, dar ea nu o lasă.

I-am răspuns:

— Îmi dau seama de ce e furioasă; simte că poate face ceea ce vrea doar dacă este singură. Este ceea ce cred că simți în mare parte a timpului. Este, evident, foarte importantă pentru tine.

În lacrimi — tristă, dar și ușor melancolică —, Rebecca a răspuns:

— A fost o prietenă bună pentru mult timp.

Și acum, aceasta este interpretarea Rebeccăi. A spus:

— Este ca și cum a fost întotdeauna acolo, aproape ca un gardian al sentimentelor mele reale, toate durerile și furiile și toate dorințele pe care a trebuit să pretind că nu le am, pentru că nu era nimeni în familia mea cu care să le împart. Dar ea le-a păstrat.

— Și nici acum nu este nimeni cu care să le împarți?

— Știu că nu trebuie să fiu singură acum, dar este ca și cum nu pot încă să cred. Sau nu vreau. Adică este ca și cum mă agăț de neîncredere — ideea că tu te simți atras de mine sau că singurul interes al soțului meu este cel sexual. La un anumit nivel, știu că toate astea nu sunt adevărate. Am dragostea și susținerea pe care întotdeauna mi le-am dorit, dar pentru nu știu ce motiv, este aproape și mai greu decât atunci când nu le aveam. Astfel devin invidioasă pe alții, deși am de fapt tot ce invidiez la ei. Doamne, este o nebunie și totuși este atât de trist.

A ajuta pacienții să-și modifice atitudinea față de propria lor experiență subiectivă depinde, în parte, de capacitatea noastră de mentalizare explicită (adică de interpretare) care face legătura între diferitele elemente

ale aceleiași experiențe. Astfel de legături sunt esențiale pentru integrarea stărilor mentale disociate — în cazul Rebeccăi, o atitudine de încredere mult prea credulă, pe de-o parte, și o neîncredere încăpățânată, pe de altă parte. Fără această integrare, sentimentul de sine al pacientului și narațiunea sa autobiografică nu pot fi coerente.

Narațiunea Rebeccăi implică o cunoaștere implicită a faptului că autonomia și intimitatea se exclud reciproc. Într-una din părțile acestei narațiuni, Rebecca nu avea voce — nu a avut voință independentă — dacă și-ar fi permis să se închidă în fața cuiva care conta pentru ea: adică tăcerea ei în ceea ce privește atingerea mea și dificultatea în a respinge avansurile soțului. Dar într-o altă parte a acestui discurs, putea să aibă încredere în alții că sunt responsivi față de ea și îi acordă susținere — doar că această perspectivă avea o calitate de a pretinde că care o făcea foarte instabilă. Pentru că narațiunea se autocontrazicea, Rebecca adesea se trezea confuză, precum și fără „voce".

Munca noastră împreună a accesat stările ei mentale contradictorii și a făcut posibilă pentru ea începerea considerării relației dintre ele. Am observat, de asemenea, că narațiunea incoerentă a Rebeccăi reprezintă puține dintre posibilitățile existente pentru ea în prezent — mai exact, acea pierdere a sa a exclus atât posibilitatea de a se simți aproape de cineva, *cât și* obținerea a ceea ce dorea. Faptul că Rebecca a putut acum, într-o *singură stare mentală*, să simtă atât dorința, cât și neîncrederea sa — și să reflecteze asupra lor — mi-a semnalat că integrarea lor era acum în plină desfășurare.

Procesul relațional, emoțional și interpretativ pe care l-am schițat contribuie nu numai la integrarea stărilor mentale disociate, dar poate, de asemenea, să facă legături între sentimente și gânduri, între memoria implicită și explicită și — în creier — între emisferele stângă și dreaptă, precum și între funcțiile „înalte" ale cortexului și funcțiile „joase" ale sistemului limbic și trunchiului cerebral. Aceste tipuri de integrare reprezintă rezultatul în psihoterapie al cercului benign de reglare afectivă, atașament și mentalizare, care facilitează, în schimb, o coerență mai mare atât a sentimentului de sine al pacientului, cât și a narațiunii autobiografice.

Față de alte înțelegeri *particulare*, experiența unei relații în care pacientul se simte înțeles — și inspirat să se înțeleagă — are cel mai mare efect terapeutic. Astfel, ceea ce sperăm să facem posibil pentru pacienții noștri

...știentizarea faptului că insight-ul este posibil, și nu un anumit in-... Prin intermediul mentalizării noastre implicite și explicite cultivăm ...nții noștri capacitățile pentru insight și empatie — capacități care, împreună, sunt, mai mult sau mai puțin, echivalentul mentalizării.

...lizarea și meditarea

...gy s-a referit inițial la sinele reflexiv ca la „observatorul intern al ...mentale" (Fonagy și colab., 1991b, p. 201). Fără acest observator in-...suntem pur și simplu scufundați în experiențe subiective, pe care le ...dăm cu realități obiective. Incapabili de a reflecta asupra diferen-...între sentimente și fapte, rămânem orbi la modul în care construim ...pretăm în mod obișnuit „realitatea" propriei experiențe.

...rul acestor probleme — importanța observatorului intern și calita-... degrabă subiectivă decât obiectivă a stărilor mentale —, o atitudi-...mentalizare se suprapune cu una meditativă.[3] Cele două converg pen-...ilita recunoașterea faptului că experiența noastră subiectivă este, în ...parte, o construcție psihică și că o mare parte din suferința noastră ... poate fi văzută, în consecință, ca autogenerată (în mod inconștient). ... au potențialul de a ne ridica din scufundarea în experiență și din ...a de responsivitate automată pe care aceasta o impune.

...și, mentalizarea și meditarea nu sunt același lucru. Tipul de activita-...tală asociat fiecăreia este diferit, la fel cum contribuțiile aduse de fie-...ihoterapiei sunt diferite. Mentalizarea a fost comparată cu utilizarea ...lescop: îți ascute perspectiva asupra experienței „îndepărtate", adu-...trecutul sau inconștientul „mai aproape". Meditarea a fost comparată ...microscop: îți dă o perspectivă reală și în amănunt a experienței ime-...are poate altfel să rămână nevăzută (Rubin, 1996). În timp ce menta-...poate asigura o cale principală în considerarea unui sine coerent, me-...este văzută drept cheia transcendenței sinelui. Meditarea este piatra de ...a tradiției budiste vechi de 2.500 de ani, în care scopul este de a anu-...ința autoimpusă cauzată de agățarea de imaginile iluzorii ale sinelui.

...Magid, care este atât psihanalist, cât și profesor budist, a descris impactul meditației în felul ...ori: „Urmărirea respirației și etichetarea gândurilor inițial conduc la construirea unui «observa-...intern stabil, care nu este lovit de emoții conflictuale sau luat pe sus de fluxul asociațiilor sau ru-...ilor" (citat în Safran, 2003, p. 279).

...în majoritatea tratamentelor psihodinamice există o goană după sens, lăsând momentul prezent în urmă.
— Daniel Stern (2004, p. 140)

Specialistul în dezvoltarea umană de la Harvard Robert Kegan abordează termenii de „minte socializată, „minte autoautoare" și „minte autotransformatoare" drept forme ale conștienței asociate cu niveluri din ce în ce mai înalte ale maturizării psihice (Kegan, 2000). Categoriile lui Kegan trasează o progresie similară cu cea de la scufundare în experiență la mentalizare și apoi la meditare.

În mod evident, mentalizarea ne ajută să ne eliberăm de constrângerile trecutului nostru cultural și familial, reprezentat de „mintea socială". Prin intermediul înțelegerii implicite și al reflecției explicite, mentalizarea ne permite să facem un pas înapoi de la experiențele și reprezentările noastre, pentru a le înțelege și, astfel, pentru a deveni progresiv, propriul autor și interpret al vieții noastre.

Decât să dăm un sens *conținutului* experienței noastre, meditarea ne direcționează conștientizarea receptivă către *procesul* moment cu moment al experienței. De-a lungul timpului, o astfel de atenție are potențialul de a realiza „o revoluție copernicană" în care mintea care mediază experiența noastră asupra lumii se transformă pe sine însăși (Engler, 2003).

Autorii unei cărți recente despre meditație și psihoterapie (Germer și colab., 2005) descriu conștientizarea meditativă ca fiind:

- *Nonconceptuală*. Meditarea este conștientizarea fără a fi absorbiți în procesele de gândire.
- *Centrată pe prezent*. Meditarea are loc întotdeauna la timpul prezent. Gândurile despre experiențele noastre sunt îndepărtate un pas din momentul prezent.
- *Noncritică*. Conștientizarea nu poate apărea în mod liber dacă vrem ca experiența noastră să fie altfel decât este.
- *Intențională*. Meditarea întotdeauna implică intenția de a direcționa atenția spre ceva. Reîntoarcerea atenției pe momentul prezent îi dă meditării continuitate în timp.

• *Observare participantă*. Meditarea nu presupune a fi un martor detașat. Este o participare intimă la experiența minții și corpului.
• *Nonverbală*. Experiența meditativă nu poate fi captată prin cuvinte, pentru că conștientizarea apare înaintea apariției cuvintelor în minte.
• *Exploratorie*. Conștientizarea meditativă întotdeauna investighează niveluri mai subtile ale percepției.
• *Eliberatoare*. Fiecare moment al conștientizării meditative asigură eliberarea de suferința condiționată (p. 9).

Deși momente de meditare pot apărea ocazional în timpul experienței ...lnice, *practicarea* meditării implică un efort continuu — atât în viața de ...cu zi, cât și în meditație — de a ne aminti să ne concentrăm atenția asu...ra prezentului, cu toate calitățile conștientizării menționate anterior. Sco...ul acestei practici, așa cum vă voi explica pe scurt, este dezvoltarea unui ...ne meditativ, care poate întări, prin diverse metode, sentimentul liniști...r al unei baze de siguranță internalizate.

...rezirea sinelui meditativ

Meditarea și meditația, la fel ca psihoterapia însăși, trebuie să fie trăi... pentru a putea fi cunoscute. Cognitiv-comportamentaliștii Segal și co...b. (2002) au notat faptul că pentru a cerceta practicile de meditare și pen...u a le folosi în scop terapeutic, trebuie să practice ei înșiși meditarea. Așa ...um am menționat în capitolul de deschidere al acestei cărți, conștienti...area experiențială a importanței unei atitudini meditative a apărut nu ...rin meditație, ci prin reflectarea asupra naturii sinelui reflexiv.

În timp ce îmi puneam întrebarea care părea logică — exact cine anu...e produce reflectarea, aici? —, am avut senzația bruscă, incontestabilă și ...șor amețitoare că sinele meu, așa cum îl știam eu, a făcut implozie. Ceea ... a rămas (probabil, răspunsul la întrebarea mea) nu era „sinele" *per se*, ... doar conștientizarea. În locul experienței mele obișnuite a sinelui — sa...rat cu istoria și identitatea mea și preluând o bună parte din spațiul psi...ic — se afla ceea ce simțeam ca fiind singurul punct de conștiință care ...u ocupa niciun fel de spațiu. Pentru două săptămâni am fost capabil, la ...orința mea, să mă reconectez la această senzație de sine noudescoperi... — sau de „fără sine". Făcând acest lucru, am trăit sentimente de bine și de mulțumire, precum și o capacitate mult crescută de a fi prezent. Am trăit, de asemenea, o defensivitate scăzută, o capacitate crescută pentru empatie și acceptare și un sentiment puternic de conectare cu alții pe baza a ceea ce simțeam a fi capacitatea noastră comună de conștientizare, ca să nu mai menționez și suferința.

În cele din urmă, am aflat, spre surprinderea și consternarea mea, că nu mai sunt capabil să mă conectez la starea mentală care părea anterior atât de ușor accesibilă. Discutând cu prietenii și colegii mei, am ajuns totuși la concluzia că meditația exersează „mușchii" asociați cu acea stare mentală specială.

Desigur, meditația se prezintă sub diverse forme. În sens larg, două abordări principale pot fi descrise: meditația prin concentrare și meditația prin insight. Germer (2005) a comparat concentrarea atenției din prima formă cu o lumină laser și pe cea de-a doua cu lumina unei lanterne. Concentrarea este o practică de focalizare a minții asupra unui obiect al conștientizării (ca prototip fiind respirația), în timp ce insight-ul atrage după sine o deschidere și o concentrare fără a alege ceva anume asupra a ceea ce predomină în conștiința noastră în fiecare moment. Concentrarea se presupune că facilitează calmul, în timp ce beneficiile meditației bazate pe insight includ nu numai autoînțelegerea, ci și înțelegerea naturii minții (Germer și colab., 2005).

Încorporând ambele abordări, practica pe care am abordat-o este cea adoptată de o mulțime de psihoterapii, inclusiv cea de reducere a stresului bazată pe meditare (Kabat-Zinn, 1990) și terapia cognitivă pentru depresie, bazată pe meditare (Segal și colab., 2002).[4] De obicei desfășurându-se stând liniștit, cu ochii închiși, această practică implică repetiții nenumărate ale aceleiași propoziții, care începe pe măsură ce ne *localizăm* conștientizarea, prin concentrarea atenției asupra inspirațiilor și expirațiilor succesive. Apoi, observăm gândurile, sentimentele, senzațiile corporale și impresiile senzoriale care apar spontan, „perturbându-ne" atenția astfel încât conștiința momentului prezent este temporar pierdută. În final, observând că am „dispărut" într-o senzație, într-un gând sau într-un sentiment care ne absoarbe, sarcina noastră este de a *eticheta* experiența în

4. Terapia comportamentală dialectică (Linehan, 1993) a folosit tehnicile de meditare inspirate de poziția de meditație zen, dar nu a folosit practicile formale meditative.

ø am fost prinşi, înainte de a ne *întoarce* atenţia lent către respiraţie şi ıştientizare (Germer, 2005).

La cel mai simplu nivel, scopul acestui tip de meditaţie este de a ne fa-liariza cu ceea ce înseamnă a localiza atenţia în mod voluntar şi a o în-ıpta către experienţa noastră din momentul prezent, încetând în mod liberat tendinţa noastră de a caracteriza sau de a judeca ceea ce trăim. amintirea repetată de a ne concentra asupra experienţei prezente „cu ma deschisă" — cu pierderea şi recâştigarea repetată a acestei concen-ıri — este o practică cu multe efecte benefice.

Ca şi baza internă de siguranţă născută dintr-o relaţie de ataşament se-rizant, baza internă de siguranţă care este facilitată de meditare ne poa-stabiliza în faţa experienţelor dificile. Dar cum apare această evoluţie? considerăm că o atitudine meditativă este *„primitoare şi permisivă...* În-rajează „deschiderea" către dificultate şi adoptarea unei poziţii de blân-ţe faţă de orice experienţă" (Segal şi colab., 2002, p. 58). Cu cât putem accesăm mai mult această poziţie, cu atât este mai uşor să localizăm un : linişţit în interior — „punctul stabil al unei lumi schimbătoare" (Eliot, 43/1991b, p. 180) —, pentru că un loc de acceptare calmă a devenit ceva cunoaştem deja. Fundamentul acestei acceptări este reprezentat de com-asiunea faţă de noi înşine, care ia naştere pe măsură ce ne deschidem faţă propriile experienţe dureroase: „Meditarea ne oferă o modalitate de a schimba relaţia noastră cu suferinţa, renunţând la nevoia de a o respin-. Acesta este un act de bunătate faţă de noi înşine (Fulton, 2005, p. 63).

Mai mult, experienţele de meditare facilitează o identificare crescută cu onştientizarea însăşi, şi nu cu stările schimbătoare ale sinelui (pozitive sau egative) de care devenim conştienţi. Cu cât simţim că suntem mai iden-ficaţi cu conştientizarea, cu atât sentimentul nostru de libertate internă şi guranţă este mai mare. Dacă baza de siguranţă iniţială a depins de certi-udinea noastră legată de disponibilitatea unei persoane protectoare, baza : siguranţă internalizată a meditării se bazează, în parte, pe sentimentul i nu este nevoie de niciun fel de protecţie. Identificarea cu conştientiza-a îndepărtează (mai mult sau mai puţin) necesitatea resimţită de a ne roteja prin agăţarea de stări ale sinelui tranzitorii sau evitarea acestora — nu duce la căutarea unor refugii efective sau la înlăturarea pericolului.

Practicarea meditării asigură, de asemenea, o educaţie experienţială în iferenţierea dintre a fi prezent, cu conştientizarea acestui lucru, şi de a fi

pur şi simplu pe scenă. Confirmă sentimentul că atenţia este o capacitate mentală pe care o stăpânim: atunci când ne amintim să fim prezenţi şi observăm că de fapt nu suntem, putem alege să ne redirecţionăm atenţia către aici-şi-acum. În mod gradual, aceste acte de „atenţie intenţionată" ne cresc capacitatea de a fi pe deplin prezenţi, ceea ce poate însemna să ne trăim din ce în ce mai mult viaţa ca şi cum fiecare moment ar fi ultimul. Practicarea meditării ne întăreşte, de asemenea, sentimentul de „observator intern", care poate fi conştient de gânduri, sentimente şi senzaţii fără să se identifice în totalitate cu acestea. Cu alte cuvinte, meditarea contribuie la „dezscufundare" (Safran & Muran, 2000). Toate aceste efecte au o relevanţă anume pentru terapeuţi şi pacienţii lor.

Ca terapeuţi, putem să ne cultivăm capacitatea de a adopta o poziţie meditativă atât prin meditaţie, cât şi mai puţin formal, prin eforturi deliberate de a ne „trezi" şi de a ne direcţiona atenţia spre experienţa în aici-şi-acum cu o atitudine de acceptare. Într-un sens mai larg, dacă suntem capabili să mobilizăm o astfel de atitudine atunci când stăm cu pacienţii noştri, atunci este mult mai probabil să fim capabili de a fi pe deplin prezenţi — în parte datorită faptului că „intrăm uşor" în experienţă şi nu ne opunem acesteia. Mai specific, o atitudine meditativă ne poate întări capacităţile de toleranţă afectivă, empatie şi „atenţie flotantă".

Putem, de asemenea, folosi o astfel de atitudine pentru a structura, clarifica sau întări anumite aspecte ale muncii noastre cu pacienţii. Din acest punct de vedere, psihoterapia poate fi văzută ca un fel de meditaţie în doi, în care sarcina noastră este de a ajuta pacientul să fie capabil de a fi meditativ faţă de experienţa sa moment-cu-moment, fără a o judeca. Ceea ce întâlnim adesea aici sunt dificultăţile pacientului (sau ale noastre) de a fi prezent, conştient şi/sau de a accepta. Bineînţeles, acestea sunt dificultăţile care devin apoi punctul de interes al atenţiei noastre. Pierderea şi apoi câştigarea în mod repetat a acestei calităţi a atenţiei meditative pot fi văzute ca o practicare meditativă a psihoterapiei.

În sfârşit, putem introduce meditaţia în tratamentul acelor pacienţi cărora pare să le fie de folos. De obicei, în practica mea, aceştia sunt pacienţii care au nevoie de ajutor pentru a-şi regla afectele sau/şi au dificultăţi în a fi prezenţi pe deplin sau într-o formă integrată. Deşi pe câţiva dintre pacienţi i-am învăţat elementele de bază ale practicii meditării, majoritatea celor cărora le-am recomandat meditaţia au căutat structura suportivă

unei ore speciale de pregătire. (Elementele specifice ale modului în care noi, ca terapeuți, putem folosi meditarea în cadrul tratamentului vor fi discutate în capitolul 17.)

Acțiunea terapeutică a meditării

Practicarea meditării, în mod evident, facilitează reglarea afectivă care funcționează terapeutic într-un ciclu benign, împreună cu mentalizarea și atașamentul. La fel ca o relație securizantă de atașament, meditarea poate tempera reactivitatea acută a amigdalei și a sistemului nervos simpatic care marchează procesele emoționale ale indivizilor atașați nesecurizant — în special ale celor care pot fi descriși ca preocupați sau cu probleme nerezolvate.

Așa cum am menționat, meditația a arătat empiric că poate diminua indicii fiziologici ai excitației datorate stresului. Cred că această descoperire este legată de efectul de calmare al concentrării asupra respirației din timpul meditației, precum și de încrederea din ce în ce mai mare a celui care meditează în abilitatea sa de a-și direcționa atenția voluntar. Cu un sentiment puternic al sinelui, ca agent sau inițiator al atenției, ne putem simți mai puțin constrânși să rezistăm în mod reflex sau să renunțăm automat în fața agresiunii gândurilor, sentimentelor sau senzațiilor corporale perturbatoare. În schimb vom deveni capabili să *fim* împreună cu ele, și nu să le respingem (stilul evitant/care respinge) sau să rămânem prinși în ele (stilul anxios/preocupat). Mai mult, practicarea etichetării evenimentelor mentale pe care le trăim (fie în meditație, fie în viața de zi cu zi) poate să le diminueze forța emoțională, probabil prin utilizarea resurselor corticale cerebrale pentru a modula răspunsurile emoționale subcorticale (vezi Hariri și colab., 2000; Hariri și colab., 2003). Observarea și numirea în mod repetat a gândurilor, sentimentelor și senzațiilor noastre — și, în meditație, reîntoarcerea atenției spre respirație și conștientizare — pot întări abilitatea noastră de a ne „dezidentifica" de stările emoționale perturbatoare. O astfel de dez-identificare mărește spațiul mental în care pacienții și terapeuții lor pot încerca să înțeleagă stările lor emoționale, în loc să le reziste sau să se lase dominați de ele.

Meditația poate fi, de asemenea, un adjuvant valoros al psihoterapiei pentru pacienții care resping. În general, ținând la distanță sentimentele lor, acești pacienți adesea au dificultăți în a se implica în totalitate în propria experiență. Ei trăiesc ca și cum s-ar afla la distanță nu numai față de alții care ar putea să conteze pentru ei, ci și față de ei înșiși. Meditația cu o concentrare asupra respirației îi poate trimite pe acești pacienți la nivelul corpului — locul emoțiilor —, generând un sentiment crescut a ceea ce înseamnă a fi cu adevărat prezent. Mă gândesc aici la un pacient cu o minte foarte analitică a cărui experiență am definit-o cu ajutorul metaforei „a plana": se simțea ca și cum plana în permanență deasupra vieții lui, fără să aterizeze niciodată în corpul său sau în relațiile sale. Meditația în primele cinci până la zece minute ale fiecărei ședințe se pare că l-a ajutat să înceapă să „aterizeze" în propria sa terapie.

Ca și psihoterapia, practicarea meditării în interiorul sau în exteriorul cadrului clinic este o modalitate de a ne cunoaște propria minte. Iată-l pe Jack Engler (2003) descriind procesul meditativ:

> O atenție antrenată moment-cu-moment asupra șirului de evenimente psihofizice cu un minim de reactivitate va declanșa o dezautomatizare a operațiilor psihice care înregistrează, selectează, organizează și interpretează stimulii perceptuali și conceptuali prin reinvestirea lor cu conștientizare. Când acest lucru se întâmplă, funcțiile psihice care erau odată reglate automat cu ajutorul conștientizării și al controlului devin accesibile conștientizării (p. 68).

Procesul descris de Engler poate apărea prin intermediul unei forme tăcute a asociației libere care are loc într-o stare relaxată. Încă o dată, sarcina meditației este concentrarea asupra respirației și observarea stărilor mentale care apar în momentul prezent fără a ține cont de preferințe sau fără a judeca. Concentrarea asupra respirației și cunoașterea faptului că ne putem redirecționa atenția către respirație — și cu conștientizarea conștientizării noastre — ne ajută să facilităm o stare mentală relativ calmă și nedefensivă. Într-o astfel de stare, gândurile, sentimentele sau senzațiile anterior reprimate sau disociate pot ieși la suprafață în domeniul conștiinței. Dar aceste gânduri, sentimente sau senzații pot să fie acum trăite diferit pentru că ies la suprafață, în ceea ce Daniel Stern (2004) a numit „contextul prezent al amintirii", care este complet nou (p. 199).

a fel cum o relație securizantă cu terapeutul poate asigura un astfel context transformator, același lucru poate să-l facă și starea de calm cată prin meditație. Reîntâlnite într-o astfel de stare mentală, experien- mentale perturbatoare cu rădăcini în istoria personală pot fi repuse un alt context, astfel încât intensitatea lor deranjantă să fie modulată încă se poate, chiar să fie „rescrise amintirile posibile ale trecutului" rn, 2004, p. 200). Din alt punct de vedere, acțiunea terapeutică de aici ite deriva din efectele meditației ca o formă de desensibilizare progre- prin care experiențele noastre perturbatoare sunt revăzute, aflându-ne -o stare mentală și corporală relaxată (Goleman, 1988). Pe parcursul cesului, aceste experiențe pot fi schimbate astfel încât integrarea lor să facă mult mai ușor.

Mai mult, meditația, precum și meditarea cotidiană ne pot ajuta la rificarea procesului prin care — de la moment la moment — expe- nța noastră și cea a pacienților noștri sunt construite și reconstruite. unci când suntem într-o stare meditativă putem să „auzim" cuvinte- are ne exprimă gândurile, de la murmure șoptite aflate chiar la limi- conștientizării până la discursuri insistente. Putem simți sentimente- are ne cuprind temporar, ca apoi să ne lase. Putem să experimentăm zațiile corporale și impresiile senzoriale, care apar și apoi dispar. Pu- n, de asemenea, observa cum astfel de reprezentări diferite ale expe- nței noastre interacționează: un gând poate conduce la un sentiment la o senzație corporală, o senzație la un gând sau sentiment, un su- la un sentiment și așa mai departe. *Și ne putem întoarce la momentul zent.*

Urmând traiectoria experienței noastre desfășurate, în mod inevitabil vățăm cel puțin două lucruri. Primul este că atenția noastră la momen- prezent este în mod repetat găsită și apoi pierdută: putem fi prezenți nu, conștienți de conștientizare sau nu. Al doilea este faptul că expe- nța noastră este o construcție fluidă, care este remodelată de la un mo- ent la altul, prin intermediul unei interacțiuni caleidoscopice de gân- ri, sentimente și senzații care se cristalizează în stări mentale care vin pleacă. Astfel, luați în considerare faptul că o doctrină fundamentală a hologiei budiste este că ceea ce noi credem că este *sinele* nostru se află încetat într-un flux — și, în consecință, sentimentul unui sine intrinsec, rmanent sau fix nu poate fi decât o iluzie.

Întorcându-ne acum la sinele reflexiv și la distincția aparență–realitate, meditarea ne oferă în continuare o educație în ceea ce privește „natura *doar* reprezentațională" a stărilor mentale (Main, 1991, p. 128). Așa cum am spus, practicarea meditării asigură o fereastră către calitatea nepermanentă, variabilă a ceea ce gândim și simțim. Deși o stare meditativă diferă de una reflexivă sau de mentalizare, impactul lor poate fi similar — adică de a facilita recunoașterea faptului că stările mentale sunt doar stări mentale, subiective mai degrabă decât obiective, fluide mai degrabă decât fixe, ceva ce avem mai degrabă decât ceva ce suntem. Pe scurt, meditarea și mentalizarea pot funcționa similar ca antidoturi pentru scufundarea în experiență.

Mai mult, meditarea, ca și mentalizarea în forma ei cea mai dezvoltată — „afectivitate mentalizată" (Fonagy și colab., 2002) —, facilitează integrarea creierului drept „social-emoțional" și a creierului stâng „interpretativ". La fel cum sinele reflexiv poate face posibilă „gândirea despre sentimente și sentimentele față de gândire" (Target, 2005, comunicare personală), sinele meditativ poate face posibil ca sentimentele noastre să fie structurate de gândurile noastre, iar gândurile noastre să fie structurate de sentimentele pe care le avem.

Totuși, meditarea oferă ceva ce mentalizarea nu poate oferi. Sinele *meditativ* este conștient de sinele reflexiv — și este conștient, de asemenea, de faptul că reflectarea asupra experienței este total diferită de a fi în totalitate prezent în experiență. Prin experiențe repetate de a deveni conștienți de conștientizare *„schimbăm localizarea subiectivității de la reprezentările de sine la conștientizare însăși"* (Engler, 2003, p. 65). În acest fel, experiențele sinelui meditativ au potențialul nu numai de a întări „observatorul intern", ci și de a accesa sentimentul profund și probabil inviolabil a ceea ce suntem, aflat în centrul nostru. Așa cum am menționat anterior, în psihologia și practica budistă un scop vital al meditării este de a descoperi că în centrul sinelui nu este de fapt sinele, ci un „flux continuu de experiență conștientizată" (Falkenstrom, 2003, p. 1559). În psihoterapie, o situație asemănătoare a acestei realizări a „lipsei de sine" este interdicția graduală a investiției noastre emoționale în *imagini* ale sinelui reificate (ca autosuficiența extremă sau neajutorarea extremă), care ne restrâng potențialul pentru înțelegere și creștere.

Nu mai este nevoie să spun că nu ni se cere să alegem între o atitudi- reflexivă (care ne ajută să vedem tiparele din experienţa noastră de-a ngul timpului) şi una meditativă (care ne ajută să accesăm profund ex- rienţa noastră din momentul prezent). În psihoterapie, ambele atitu- il pot fi vindecătoare şi fiecare o poate potenţa pe cealaltă. Într-adevăr, cum Fonagy afirma, practicarea meditării întăreşte mentalizarea. Des- perirea lui Ekman că persoanele cu experienţă în meditare au o abili- e mult mai dezvoltată de a „citi mintea pe faţa omului" indică acelaşi ru, şi anume că mentalizarea implică recunoaşterea stărilor mentale cum sunt ele exprimate prin intermediul comportamentului. În mod milar, mentalizarea este cea care contribuie la reglarea afectivă, em- tie şi încredere, făcând, de asemenea, o poziţie meditativă mult mai esibilă.

În timp ce relaţia dintre mentalizare şi meditare poate fi oarecum am- guă, este clar că ambele au un rol valoros şi mutual suportiv în cadrul rturilor noastre ca terapeuţi de a înţelege, de a ne implica şi de a fi de itor pacienţilor noştri. Ambele pot contribui la experienţa internalizată unei baze de siguranţă, la integrare şi la deschiderea unui spaţiu mintal e să întărească capacităţile pacienţilor noştri de a simţi, reflecta şi a iubi er.

Aprofundarea dimensiunii clinice a teoriei ataşamentului

Intersubiectivitate şi perspectiva relaţională

Cercetările inspirate de insight-urile iniţiale ale lui Bowlby au dat psihoterapeuţilor un cadru de lucru cu fundament empiric pentru înţelegerea dezvoltării umane ca proces relaţional. Astfel, teoria ataşamentului poate fi văzută ca o teorie relaţională a dezvoltării şi, probabil, a lumii interne, a mecanismelor de apărare şi a psihopatologiei. Totuşi, nu este o teorie *clinică*, deşi în mod evident are implicaţii enorme pentru psihoterapie — dintre care două duc direct la perspectiva relaţională, intersubiectivă, ca un complement clinic al teoriei ataşamentului.

Prima implicaţie: datorită faptului că dezvoltarea este în mod fundamental un proces relaţional, psihoterapia trebuie să fie concepută în termeni relaţionali dacă se vrea ca ea să faciliteze reluarea unei dezvoltări sănătoase. A doua: datorită rolului central în dezvoltare ocupat de interacţiunile nonverbale, psihoterapia trebuie să găsească modalităţi de a ajunge la domeniile experienţelor trecute sau potenţiale pe care pacientul nu este capabil să le acceseze prin cuvinte.

Dar ce înseamnă exact, din punct de vedere clinic, conceperea psihoterapiei în termeni relaţionali? Şi cum reuşim noi să-i facem capabili pe pacienţii noştri să se conecteze la experienţe pe care nu le pot pune în cuvinte? În paralel cu accentul relaţional al teoriei ataşamentului, aşa-numita „orientare relaţională" din psihanaliză asigură unele răspunsuri extraordinar de folositoare la aceste întrebări.

Dincolo de psihologia unipersonală

Aproximativ în aceeași perioadă în care Main și Fonagy investigau originile preverbale și relaționale ale siguranței date de atașament, psihanaliștii din diverse școli cercetau cu atenție munca lor cu pacienții în termeni relativ apropiați. În timp ce cercetarea atașamentului documenta faptul că natura modelului intern de lucru al individului depinde de calitatea relațiilor din care se formează, acești psihanaliști au observat că natura experienței pacientului în tratament depinde de la un moment la altul de calitatea relației terapeutice.

Pe baza dovezilor clinice (incluzând în unele cazuri propria lor experiență ca pacienți), ei recunoșteau limitările majore ale „psihologiei unipersonale". Acest termen se referă la presupunerea că gândurile, sentimentele și comportamentul pacientului sunt toate în mod fundamental generate din interior — și că atenția terapeutică trebuie să se concentreze pe funcționarea internă a psihicului pacientului.

Clinicienii care în cele din urmă vor fi descriși ca fiind relaționali, intersubiectiviști sau constructiviști au argumentat că, dimpotrivă, „realitatea psihică" a pacientului poate fi abordată folositor doar în contextul realității experiențiale, creată împreună de *ambii* parteneri în cadrul cuplului terapeutic. Așa cum Bowlby a insistat pentru recunoașterea influenței asupra dezvoltării copilului a realităților comportamentului părinților, susținătorii „psihologiei bipersonale" considerau acum că gândurile, sentimentele și comportamentul pacientului sunt întotdeauna (cel puțin în parte) un răspuns la terapeut. Alături de intervențiile bine intenționate ale terapeutului, realitățile participării sale *inadecvate* au un impact asupra pacientului.

Din acest punct de vedere, terapeuții nu sunt mai capabili decât pacienții să își lase la ușa cabinetului subiectivitatea individuală — iar eforturile lor de a nega sau de a elimina impactul propriului lor inconștient, propriilor vulnerabilități sau teorii nu sunt numai menite să eșueze, ci sunt și contraterapeutice. Realitatea „subiectivității ireductibile" (Renik, 1993) a terapeutului îl descalifică de la a fi un arbitru al adevărului, a cărui autoritate derivă din capacitatea sa (presupusă) pentru o obiectivitate imperturbabilă. Mai mult, terapeutul, ca și pacientul, este subiectul condiției fără scăpare de relaționare intimă pe care Stephen Mitchell (1993), Robert Stolorow (Stolorow și colab., 1987) și Jessica Benjamin (1990/1999) au denumit-o *influență reciprocă mutuală*.

Recunoașterea unei astfel de influențe se află în centrul schimbării de paradigmă în psihanaliză, care transformă acum chiar și ideile principale despre ceea ce înseamnă o psihoterapie eficientă. „Teoria intersubiectivității" pare să fie cel mai bun „termen–umbrelă" pentru această nouă paradigmă. Așa cum am discutat în capitolul 4, intersubiectivitatea a fost definită ca „influența reciprocă a subiectivităților conștiente și inconștiente ale celor doi oameni din relație" (Natterson & Friedman, 1995, p. 1). Aș adăuga că în timp ce partea „inter" din cuvântul intersubiectivitate subliniază realitatea că experiența pacientului și a terapeutului este creată prin *interacțiunea* lor (astfel individul este prins în diadă[1]), partea de „subiectivitate" din cuvântul intersubiectivitate subliniază eroarea obiectivității terapeutice și avantajele presupunerii în schimb că terapeutul responsiv emoțional este întotdeauna, ireductibil, subiectiv. Inovațiile clinice asociate noii paradigme includ respingerea oricărei tehnici standard în favoarea unui fel de pluralism terapeutic, deschiderea spre opțiunea de autoexpunere deliberată și concentrarea asupra trecerilor la act în transfer–contratransfer nu numai ca trasee principale către insight și noi experiențe, ci și ca bariere potențiale pentru ambele.

Atașamentul și intersubiectivitatea: teorii convergente și complementare

Cercetarea atașamentului subliniază și ajută la explicarea influenței reciproce mutuale pe care pacienții și terapeuții o exercită inevitabil unii asupra celorlalți. Teoria intersubiectivității face același lucru, însă mai mult, asigură uneltele conceptuale și tehnice pentru a face față acestei influențe, care poate fi o problemă, dar și o potențială resursă.

Bowlby a recunoscut că în copilărie, precum și după aceasta, în mod inconștient, ne adaptăm la cei de care depindem, chiar dacă aceste figuri de atașament sunt bune pentru noi sau nu. Această adaptare, care este câteodată de autoînfrângere, marchează de multe ori atașamentele din perioada adultă. Nu mai este nevoie să spunem că, probabil, pacienții și terapeuții

1. Așa cum Mitchell (1993), Stolorow și colab. (1987) și Daniel Stern (2004) au sugerat, „mintea izolată" este o ficțiune, un oximoron.

sunt dependenți unii de ceilalți. Știm cum pacienții depind de terapeuții lor, dar avem tendința să ne gândim mai puțin la propriile noastre nevoi în relația cu pacienții noștri.

Bineînțeles că aceste nevoi ale noastre diferă. Dacă suntem în practica privată, depindem de pacienții noștri din punct de vedere economic. În afară de această dependență practică, avem ceea ce ar putea fi numite nevoi narcisiste în relația cu pacienții noștri — adică avem nevoie să ne simțim bine cu privire la noi înșine atât din punct de vedere personal, cât și profesional. În funcție de constituția noastră psihică, căutăm ca pacienții noștri să ne ajute să ne simțim competenți, folositori, binevoitori sau puternici sau căutăm la ei să ne ajute să ne simțim mai siguri.

Influența reciprocă are multiple surse, dar nevoia și dorința în relația cu cei de care suntem dependenți sunt fără îndoială unele dintre ele. Dependența pacientului și a terapeutului — care este mutuală, dar nu obligatoriu simetrică — produce nenumărate posibilități de adaptare, unele dintre ele având potențialul de a fi folositoare, altele de a fi foarte problematice, în special dacă rămân nerecunoscute și neverbalizate. Teoria atașamentului clarifică unele dintre tiparele pe care le generează această interacțiune a dependenței mutuale a pacientului și a terapeutului.

Teoria intersubiectivității nu numai că subliniază pervazivitatea și inevitabilitatea influenței mutuale reciproce, ci oferă terapeuților unele abordări care au potențialul de a produce un răspuns colaborativ la coluziunea (și ciocnirile) care marchează fiecare relație terapeutică. În centrul acestor abordări este recunoașterea faptului că „scufundarea" în relație generează treceri la act în transfer-contratransfer inevitabile, care reflectă nevoile și vulnerabilitățile care se suprapun și care sunt inițial inconștiente ale pacientului și terapeutului. Teoria intersubiectivității abordează aceste treceri la act, inspirată de o regândire radicală a constructelor analitice tradiționale.

Implicarea personală a terapeutului

Redefinind transferul, contratransferul, rezistența și neutralitatea în termeni relaționali, teoria umanizează rolul terapeutului și crește respectul pentru pacient prin modalități care sunt favorabile dezvoltării unei relații de atașament. În noua paradigmă, *întotdeauna* contribuim la ceea ce se întâmplă în interacțiunea terapeutică, la fel ca pacientul.

Astfel, *transferul* pacientului nu este niciodată complet separat de natura actuală a participării terapeutului și, în mod corespunzător, explorarea transferului trebuie să-și aibă originile în presupunerea că modul în care pacientul îl vede pe terapeut are o bază plauzibilă în aici-și-acum. *Contratransferul* exprimă răspunsul inevitabil subiectiv, dar informativ al terapeutului la pacient. Pentru că parțial modelează, deși poate, de asemenea, să dezvăluie transferul pacientului, contratransferul are potențialul atât să favorizeze progresul terapeutic, cât și să-l împiedice. *Rezistența* este în mod similar văzută ca fiind cocreată în interacțiunea dintre pacient și terapeut; astfel, este reconceputâ drept comunicare, nu ca opoziție. În ceea ce privește obiectivul *neutralității* terapeutice, adică efortul de a izola pacientul de influența valorilor sau a personalității terapeutului: într-un cadru de lucru al intersubiectivității, o astfel de neutralitate este privită în diverse moduri, ca o imposibilitate, un ideal înșelător și/sau o realizare decisă temporar a pacientului și a terapeutului care lucrează împreună pentru a slăbi forța unei anumite treceri la act.

Presupunerile tradiționale promovau eforturile terapeutului de a restricționa la minimum implicarea *personală*, pentru a putea rămâne un observator neutru al relației terapeutice. În cel mai bun caz, această poziție tradițională reflecta respect față de autonomia pacientului. În cel mai rău caz, transforma terapeutul într-o prezență îndepărtată a cărei neresponsivitate emoțională și autoamăgire pretindeau o obiectivitate imposibilă care tindea să invite și să fortifice transferul negativ al pacientului.

Abordarea relațională se bazează, bineînțeles, pe un set total diferit de presupuneri care conduc către o atitudine total diferită. În acest cadru de lucru, terapeutul este la fel de mult un participant în relația cu pacientul și un observator. Implicarea noastră personală autentică, responsivitatea emoțională și subiectivitatea inevitabilă, departe de a interfera, sunt trăsături esențiale ale oricărei psihoterapii reușite. Cea mai bună șansă aici pentru cunoaștere constă în dorința noastră de a examina nu numai experiența subiectivă a pacientului, ci și pe a noastră, din moment ce *împreună* creăm o relație care poate fi în sine sursa principală a schimbării terapeutice.

Teoria intersubiectivității a apărut ca o reacție împotriva psihologiei unipersonale și a recomandării inițiale a lui Freud că analistul ar trebui să funcționeze ca un ecran alb, o oglindă care reflectă sau ca un chirurg

psihic.[2] Deși deriva din grijile legitime legate de puterea transferului și contratransferului, recomandarea lui Freud ca analistul să facă să-i dispară propria subiectivitate era nu numai imposibil de implementat, ci și adesea contraterapeutică.[3]

Prin contestarea acestei abordări monadice, teoriile intersubiectivității și atașamentului converg prin faptul că plasează relațiile apropiate și cocreate chiar în centrul dezvoltării. Teoriile au în comun, de asemenea, conceptul că sinele în dezvoltare prinde formă în funcție de gândurile, sentimentele și comportamentul care sunt recunoscute și li se permite să se exprime în cadrul acestor relații. Fie în dezvoltarea timpurie, fie în psihoterapie, o relație mai incluzivă generează o lume internă mai integrată, în timp ce o relație care nu poate conține o gamă întreagă de experiențe promovează la copil și menține la adult o lume internă marcată de disociere.

Integrarea, disocierea și multiplicitatea

Ceea ce Bowlby și Main au numit modele de lucru multiple (de ex. contradictorii sau incompatibile) ale indivizilor atașați nesecurizant sunt de fapt rezultatele experienței pentru care relațiile lor formatoare nu au lăsat loc — experiențe care, ulterior, au trebuit să fie disociate. Astfel de experiențe disociate sunt în mod defensiv excluse din sentimentul de sine dominant, dar în proces ele sunt, de asemenea, conservate, ca să spunem așa, într-o formă nedezvoltată.

Într-un articol bine cunoscut — „The Illusion of Personal Individuality" —, Harry Stack Sullivan (1964), părintele psihiatriei interpersonale, a susținut că avem tot atâtea forme diferite ale sinelui câte relații. Aici Sullivan prefigura lucrările clinicienilor contemporani intersubiectiviști și relaționali care au scris în termeni de *multiplicitate a sinelui* și *sine construit*

2. Nu pot recomanda suficient de insistent colegilor mei ca în timpul tratamentului psihanalitic să-l ia drept exemplu pe chirurgul care lasă deoparte toate afectele sale și chiar mila sa omenească și fixează forțelor sale psihice un singur scop: a realiza operația cât se poate de corect (Freud, 1912/2004, p. 107).
3. Owen Renik, fost redactor-șef al *Psychoanalytic Quarterly*, a spus că înainte credea că abordarea tradițională era mai eficientă pentru unii pacienți decât pentru alții, dar acum este convins că nu este optimă pentru niciunul dintre pacienți și că face mai mult rău unora dintre aceștia (comunicare personală, 2002).

social — descriind consecințele dezvoltării în moduri care se suprapun parțial concluziilor cercetătorilor atașamentului.

Din acest punct de vedere „constructivist", fiecare dintre noi are un sine multiplu, fiecăruia corespunzându-i un set diferit de sentimente, amintiri, atitudini sau impulsuri; în același timp, cei mai mulți dintre noi sunt capabili să susțină „iluzia adaptativă" de a fi un sine unitar (Bromberg, 1998a). Un astfel de sine este fluid, și nu fixat: ia o multitudine de forme, într-o multitudine de contexte interpersonale. (Poți auzi aici ecouri ale perspectivei budiste despre sine — sau nonsine — care au fost atinse în capitolul anterior.) Important este faptul că această psihologie a sinelui multiplu, construit, este compatibilă cu descoperirile cercetării atașamentului conform cărora modelele de lucru contradictorii sunt dependente de stare: adică ele iau naștere sau sunt activate în funcție de circumstanțe, atât interne (cum ar fi o stare depresivă), cât și externe (cum ar fi un eșec real).

Pentru clinicienii intersubiectiviști și relaționali, diferențierea dintre sănătos și patologic ține de măsura în care acest sine multiplu este sau nu integrat. Pentru a pune altfel lucrurile, cât de deschise sunt liniile de comunicare dintre aceste sentimente diferite de sine? Cât de ușor se poate conecta un anumit pacient la stări mentale care diferă de cele pe care pare să le aibă în prezent? Cu aceste întrebări, teoriile atașamentului și intersubiectivității converg din nou, pentru că în ambele ne concentrăm pe natura *accesului* sinelui la propria experiență.

Pentru a descrie traiectoria dezvoltării care are ca rezultat un eșec de integrare a multiplelor sentimente de sine, teoreticienii relaționali — în acord cu cercetătorii atașamentului — sugerează că experiențele care nu au putut fi acomodate în relațiile noastre cele mai importante tind să fie disociate și nedezvoltate mai degrabă decât să fie refulate. Decât să fie „uitate" în mod defensiv, ele sunt în schimb exilate la marginea conștientizării. Aici ele rămân ca părți renegate sau nedorite ale sinelui, până când, în contextul unei noi stări mentale determinate de un set diferit de circumstanțe, ceea ce era inițial periferic devine acum mult prea central (Bromberg, 1998a; Davies, 1998; Stern, 2002).

De exemplu, una dintre pacientele mele se vedea a fi extraordinar de generoasă și atentă, într-un mod care era absolut fundamental pentru sentimentul său de „bine de sine". Fiind o femeie tânără, mi-a spus că avea

viziune despre sine — undeva între o fantezie și o credință — în care „bunătatea" și „amabilitatea" sa neobișnuite sunt atât de evidente încât ...ot să „ridice" și să transforme oamenii cu care ea vine în contact. Nu ne surprinde faptul că aceasta a fost o pacientă a cărei furie din copilărie a trebuit să fie reprimată, pentru că escalada în mod periculos furia tatălui său. Acum, ca părinte, este profund tulburată când descoperă că bebelușul ei care nu poate fi liniștit îi poate provoca o furie incontrolabilă. Ea insistă în privința acestui comportament: „*Eu* nu sunt așa!" Evident, se întâmplă multe lucruri aici: distresul său legat de calitățile sale speciale ca persoană, care sunt insuficiente pentru a-l alina pe fiul ei, vulnerabilitatea sa la furie — la fel ca tatăl ei — atunci când îl vede pe fiul ei că-și exprimă sentimente care seamănă cu cele pe care ea a trebuit să le reprime, problema de a se simți ca un părinte decent, când ea este și un părinte furios. Sarcina terapeutică aici era de a integra — și astfel de a modula — aceste experiențe contradictorii de sine ale pacientei: bunătatea pe care a exagerat-o și de care se agață ca sursă pentru respectul de sine, precum și furia pe care o neagă și o disociază pentru a-și putea păstra atât siguranța, cât și atașamentul față de tată.

Termenul „disociere" are cel puțin două sensuri. Primul: disocierea înseamnă a modifica în mod defensiv simțul realității. Aceasta apare atunci când pacienții descriu experiențe de genul: ies în spațiu, își părăsesc corpul, sentimentul că ei nu există. Al doilea: disocierea se referă la clivajul unei experiențe care este incompatibilă cu modul în care cineva se vede în mod obișnuit pe sine însuși — așa cum pacienta de mai sus a spus despre furia ei: „*Eu* nu sunt așa!"

În acest ultim sens, disocierea este o trăsătură a modelului intern de lucru care izolează în loc să integreze anumite aspecte ale sinelui. Cu cât gradul de disociere este mai mare, cu atât sentimentul de sine este mai confuz, mai instabil, mai discontinuu și mai contradictoriu — și cu atât mai puțină comunicare există între „aspectele multiple ale sinelui". În extrema patologică găsim tulburări de identitate disociative, cunoscute și sub denumirea de tulburare de personalitate multiplă, în care un sine poate să nu știe în mare parte de existența celuilalt sine. La capătul opus al continuumului există „insulele de disociere", care marchează chiar și experiența celor mai sănătoși dintre noi. Undeva la mijloc se află modelele de lucru „multiple" și fragmentate ale indivizilor nesiguri și dezorganizați.

Dacă există o diferență în ceea ce privește sensul cuvântului disociere, pentru cercetătorii atașamentului și teoreticienii relaționali aceasta ar fi: în lumea atașamentului, disocierea pur și simplu nu are rolul principal în structura psihică a indivizilor siguri. În schimb, printre scriitorii relaționali disocierea este văzută ca un aspect inevitabil al ființei umane. Pentru că toți avem experiențe care din punct de vedere emoțional ne copleșesc, toți am recurs câteodată, de nevoie, la ceea ce poate fi descris ca „disociere normală" — adică o trăire temporară a unei stări mentale în care ceea ce gândim, simțim sau facem este în totalitate deconectat de la sentimentul nostru de sine obișnuit, oricât de integrat ar fi acest sentiment de sine.

În ceea ce privește implicațiile clinice, cercetarea atașamentului și teoria relațională au în comun un model al unei relații de dezvoltare a structurii psihice care sugerează că psihoterapia ar trebui să dețină echipamentul pentru a putea integra aspecte ale experienței pacientului care sunt disociate și astfel, de cele mai multe ori, nedezvoltate. Asta înseamnă că terapeutul ar trebui să aibă ca scop (ca și părintele unui copil sigur) crearea unei relații care să fie cât mai cuprinzătoare. Din acest punct de vedere, psihoterapia se bazează foarte mult pe subiectivitatea terapeutului ca resursă — pentru că se crede că experiența subiectivă a terapeutului conține câteodată anumite aspecte ale experienței pacientului care a trebuit să fie disociate în contextul relațiilor formatoare anterioare. Astfel, poate fi de ajutor să ne întrebăm care dintre aspectele multiple ale sinelui nostru este prezent în interacțiunea noastră actuală cu pacientul — dată fiind natura cocreată a relației, răspunsul la această întrebare ne poate ajuta să simțim căruia dintre aspectele multiple ale sinelui pacientului ne adresăm (Mitchell, 1997).

Regândirea constructelor tradiționale: democratizarea psihoterapiei și umanizarea rolului terapeutului

Ideile lui Bowlby și ale urmașilor săi oferă o viziune puternică relației terapeutice în care pacientul poate să simtă terapeutul ca o nouă figură de atașament. Acest tratament orientat pe atașament are ca model, într-o anumită măsură, cele mai bune relații părinte–copil.

În mod similar, în ceea ce ar putea fi descris ca o versiune ștearsă a acestui model, abordările analitice tradiționale distribuie clinicianul într-un

l extrem de autoritar, ale cărui tonuri parentale sunt exagerate de dependența pacientului. Pentru a pătrunde și mai mult în această diferență, dată presupunerea unui privilegiu al clinicianului de a vedea și a înțelege cu obiectivitate, în timp ce punctul de vedere al pacientului este denaturat în mod previzibil de nevoi, mecanisme de apărare sau fantasme inconștiente.

În contrast foarte mare cu aceasta, s-ar putea spune că noua paradigmă — prin destrămarea ficțiunii obiectivității terapeutului și respingerea credinței tradiționale că transferul este o distorsiune — pare să democratizeze relația terapeutică. Pentru motive pe care le voi explica imediat, o astfel de abordare „uniformizantă", care pune la îndoială autoritatea *nealterată* a terapeutului și dă o mai mare credibilitate pacientului, poate face mai probabil ca pacientul să-l simtă pe terapeut atât ca o nouă figură de atașament, cât și ca o bază de siguranță. Simultan, această abordare diminuează riscul în psihoterapie ca pacientul să fie infantilizat.

Observați că respingerea idealului imposibil al terapeutului ca observator obiectiv nu înseamnă că terapeutul nu are expertiză sau autoritate, ci mai degrabă că expertiza și autoritatea sa au o altă bază. Mai exact, terapeutul este — sau poate învăța să fie — un expert al proceselor de recunoaștere, explorare și transformare a tiparelor familiare de experiență și interacțiune ale pacientului pe măsură ce acestea iau naștere în contextul relației terapeutice.

Din perspectiva intersubiectivă, acest proces se sprijină nu numai pe senzitivitatea terapeutului la pacient, ci și pe abilitatea terapeutului de a recunoaște, de a reflecta și, atunci când se dorește, de a-și schimba modurile caracteristice de a participa la o relație. O astfel de „responsivitate autoreflexivă" (Mitchell, 1997) poate fi facilitată de relocalizarea construcțiilor tradiționale ale psihologiei unipersonale, cum ar fi transferul, în contextul celei bipersonale, unde pot fi folosite pentru a clarifica felurile de a fi ale pacientului într-o relație, felurile de a fi ale terapeutului într-o relație și interacțiunile dintre ei.

Redefinirea transferului

Atunci când Freud a descoperit că relațiile din trecut le modelează pe cele din prezent — incluzând aici și relația pacientului cu terapeutul —, ne-a dat o resursă clinică extraordinar de puternică. Este evident faptul că prin intermediul transferului pacienții noștri au potențialul de a trăi, înțelege și de a transforma cele mai problematice tipare de relaționare cu ei înșiși și cu ceilalți. Când greutățile vechi, mult prea dureros de rezolvat, reies la suprafață cu terapeutul, pacientul are o a doua șansă de a perlabora scenarii familiare perturbatoare și, poate, de a le rezolva de această dată.

În concepția inițială despre transfer, pacientul deplasa asupra terapeutului sentimente, gânduri și comportamente care au fost anterior trăite în relație cu figuri semnificative din copilărie. Se considera că aceste exprimări contemporane ale trecutului pacientului se desfășoară conform unei logici determinate în exclusivitate de istorie și în totalitate separate de impactul prezenței actuale a terapeutului. În acest model, terapeutul servea drept ecran alb pe care transferul pacientului era proiectat. Astfel, transferul era văzut ca o distorsiune din partea pacientului incapabil de a percepe cu acuratețe terapeutul ca persoană reală.

Din perspectiva relațională (vezi Aron, 1992, 1996; Hoffman, 1983, 1996, 2001; Mitchell, 1993, 1997, 2000; Renik, 1993, 1999a, 1999b, 1995), influența mutuală inevitabilă face absurdă ideea că terapeutul ar putea cumva să funcționeze ca echivalentul unui manechin fără trăsături, pe care pacientul îl îmbracă în transfer (Winer, 1994). În ceea ce privește credința asemănătoare că punctele de vedere ale pacientului asupra motivelor și atitudinilor clinicianului sunt previzibil nedemne de încredere, Gill și Hoffman (1982) au condus o cercetare care a demonstrat fără echivoc că percepțiile pacientului despre contratransferul analistului erau adesea mai exacte decât autoevaluările analistului.

Scopul anonimatului analitic este foarte problematic dacă ținem seama de faptul — evident pentru pacient — că trăsăturile personale ale terapeutului au un impact asupra relației. La fel de problematică este și denigrarea judecății pacientului, inclusiv în echivalarea percepțiilor pacientului despre terapeut cu distorsiuni. Aceste presupuneri tradiționale în ceea ce privește transferul pot submina foarte ușor potențialul terapeutului de a fi resimțit ca o bază de siguranță. Uneori ele produc complianță, generând un fel de pseudoterapie. Uneori produc rebeliune (sau alt fel de transfer negativ), care poate fi intensificată de răspunsurile interpretative ale terapeutului, adăugând „insight" leziunii.

Într-un cadru de lucru intersubiectiv, transferul nu mai este privit ca o istorsiune, pentru că percepțiile pacientului despre terapeut au o bază lauzibilă aproape întotdeauna. În schimb, transferul este văzut ca un fel e rigiditate, reflectat de faptul că printre numeroasele interpretări credi-ile ale comportamentului terapeutului pacientul pare constrâns să crea-ă doar una dintre acestea. Transferul este astfel o problemă de atenție se-ectivă și senzitivitate. În loc să fie despărțit de realitatea terapeutului ca ersoană, el exprimă alunecarea pacientului către un mod obișnuit de trăi-e a unei relații. Important este faptul că, în acest cadru, transferul nu este loar explicat, ci și construit: experiența clinică confirmă faptul că pacien-ii, în mod frecvent, se comportă în moduri în care obțin confirmări ale ropriilor interpretări speciale ale realității interpersonale (Aron, 1996; ill, 1983; Mitchell, 1993; Renik, 1999a, 1999b).

Este aproape întotdeauna o greșeală să expediem ideile pacientului de-pre atitudinile și motivele noastre în domeniul fantasmelor nefondate loar pentru că acele idei ne îndepărtează de la autopercepție. Alții ne pot unoaște în moduri în care nu ne putem cunoaște noi înșine. Pentru că și noi avem un inconștient, este vital atât să rămânem sceptici în ceea ce pri-vește măsura propriei noastre conștientizări la un moment dat, cât și să privim pacientul ca pe un potențial colaborator util în identificarea unor aspecte de care nu suntem conștienți (Hoffman, 1983; Aron, 1991, 1992).

În ceea ce privește tehnica, cel mai bine este să începem prin accentua-rea a ceea ce este plauzibil (sau pur și simplu corect) în transferul pacien-tului. Un astfel de răspuns corect este esențial dacă vrem ca pacientul să aibă încredere că terapeutul este deschis la gândurile și sentimentele pa-cientului, oricât de încurcate ar fi ele. Acest tip de deschidere facilitează in-cluzivitatea care face posibilă integrarea experiențelor disociate. De aseme-nea, poate să faciliteze o explorare care conduce spre insight și o colaborare care constituie, pentru unii pacienți, o experiență emoțională corectivă.

În încercarea de a face cât mai mult loc posibil pentru reacțiile de trans-fer ale pacientului, poate fi de ajutor să ne întrebăm cu voce tare ce anume din comportamentul sau atitudinea noastră a condus la „interpretarea" pa-cientului. Câteodată cea mai eficientă abordare pentru identificarea și în-țelegerea modului în care pacientul îl vede pe terapeut este încurajarea pre-supunerilor pacientului despre modul în care terapeutul îl vede. Cu alte cuvinte, pentru a putea înțelege transferul pacientului avem nevoie să

auzim părerea acestuia despre contratransfer. În sfârșit, pentru că pacien-ții pot fi destul de reticenți în a exprima direct ceea ce gândesc sau simt despre noi, este adesea clarificant să ascultăm comunicările lor despre ex-periențele extratransferențiale ca pe mesaje codate sau metaforice despre experiența lor de transfer.

De exemplu, o pacientă mi-a spus odată cât de furioasă a fost în ziua precedentă, când internistul ei nu a luat în serios acuzele ei medicale. As-cultând descrierea experienței sale cu internistul, am început să suspec-tez că era, de asemenea, furioasă și pe mine. Discutând această posibilita-te cu ea, am înțeles că era într-adevăr destul de supărată, din cauza faptului că simțea că eu consider problemele ei banale. Pe măsură ce ex-ploram această impresie a sa, brusc m-a întrebat care *a fost* răspunsul meu la acuzele ei. Simțindu-mă ușor luat prin surprindere, i-am împărtășit to-tuși ceva de care abia atunci am devenit conștient — faptul neliniștitor că am avut într-adevăr greutăți în *a simți* cu adevărat suferința ei și în a-i răs-punde cu seriozitatea pe care o merita. I-am spus că, probabil, acest răs-puns are legătură în parte cu ceva din mine pe care ar trebui să-l înțeleg mai bine, dar că, de asemenea, ar putea fi legat de sentimentul pe care l-am avut că în comunicarea nefericirii sale adesea a simțit nevoia de a o minimiza sau de a o nega. Ceea ce a urmat a fost o explorare dureroasă, dar în cele din urmă productivă a rolului meu și al ei în generarea unei interacțiuni care a fost deranjantă pentru amândoi.

Așa cum sugerează și această vinietă, noua paradigmă nu numai că în-curajează o atitudine primitoare, plină de respect și empatică față de co-municarea de către pacient a experienței transferului, ci, în același timp, ne face loc să ne dezvăluim pacientului experiența contratransferențială când acest lucru pare să fie folositor.

Reconsiderarea contratransferului

Reacțiile de contratransfer sunt printre datele importante care își au originea în ceea ce Freud (1912/2004) a numit „organul receptiv" al in-conștientului analistului și care se orientează spre „inconștientul care transmite al pacientului". Astfel, acestea asigură un acces vital la expe-riența disociată a pacientului. Perceput clasic ca un impediment ocazio-nal sau episodic, care ia naștere din dificultățile psihice ale terapeutului,

contratransferul în noua paradigmă este o trăsătură în continuă desfășurare a relației cu pacientul și o altă „cale regală spre inconștient".

Cu tot potențialul lui de a aduce informații — de a clarifica chiar și atunci când influențează transferul pacientului —, contratransferul poate, de asemenea, să interfereze, păstrându-și înțelesul inițial de obstacol. Pentru că relația dintre pacient și terapeut este cocreată, ambii parteneri sunt în măsură să introducă obstacole în cursul liber al experienței și explorării. De exemplu, disocierea terapeutului sau dificultatea de a fi prezent poate închide ușa experienței disociate a pacientului. Astfel, o concepție totală despre contratransfer — experiența subiectivă a terapeutului atât ca resursă, cât și ca rezistență — are un rol absolut central în abordarea intersubiectivă a psihoterapiei.

În acest cadru, încercarea eliminării contratransferului nu este doar imposibilă, ci și de nedorit. Ceea ce Joseph Sandler (1976/1981) numește „responsivitate de rol contratransferențial" — adică, tendința terapeutului de a urma așteptările pacientului — se poate dovedi a fi atât un lucru valoros, cât și un lucru riscant. Pentru că punerea în act a contratransferului poate fi o condiție preliminară recunoașterii acestuia (Renik, 1993), terapeuții sunt sfătuiți să-și permită libertatea de a se lăsa influențați de curenții interpersonali prevalenți. Așa cum a scris Dale Boesky: „Dacă analistul nu se implică din punct de vedere emoțional mai devreme sau mai târziu într-o manieră pe care nu o intenționa, nu va înainta spre o concluzie de succes" (citat de Renik, 1993, 1999a, p. 417). O legătură de acest fel — urmată apoi de o clarificare și o transformare a legăturii — poate fi *sine qua non* pentru o psihoterapie eficientă. Întâlnirile autentice, încărcate emoțional, care reprezintă catalizatori ai schimbării, depind nu numai de implicarea profundă a pacientului, ci și a terapeutului (Ginot, 2001; Maroda, 1999).

Din acest punct de vedere, eficiența noastră poate fi efectiv subminată de constrângeri adoptate pentru a veghea împotriva trecerilor la act contratransferențiale. Clinicienii veterani sunt adesea mult mai eficienți, după cum observa Renik, nu pentru că au perlaborat mai mult contratransferul și l-au pus în act mai puțin, ci mai degrabă pentru că sunt mai puțin defensivi în ceea ce privește contratransferul și mai încrezători în abilitatea lor de a perlabora reacțiile pacientului la acesta. Luați în considerare, de asemenea, cercetarea care arată că adoptarea unei „fețe de poker" reglează în jos emoțiile (Ekman, Roper & Hager, 1980). Încercarea de a opri sau de a masca răspunsurile noastre de contratransfer, pentru a ne menține incognito, poate diminua accesul la semnalele subiective vitale care ne permit să ne cunoaștem pacientul la un nivel emoțional.

În ceea ce privește intervenția, noua paradigmă încurajează folosirea judicioasă a dezvăluirii deliberate a contratransferului („deliberată" în contrast cu dezvăluirile noastre continue neintenționate neverbalizate despre cine suntem). Particularitățile acestei verbalizări a contratransferului — de ce, când și cum am putea alege să ne dezvăluim experiența în fața pacientului, și nu să o utilizăm tăcut ca pe o informație — vor ieși la suprafață pe măsură ce ne vom adresa inovațiilor tehnice care iau naștere din teoria intersubiectivității.

Reconsiderarea rezistenței

Perspectiva tradițională susține că rezistența ia naștere pentru că ceva din psihicul pacientului trebuie ținut la distanță de conștiență; originile ei sunt exclusiv intrapsihice. În noua paradigmă, rezistența are aproape întotdeauna și un sens interpersonal. Din această perspectivă, poate fi văzută ca fiind rezultatul coluziunii dintre pacient și terapeut pentru a asigura faptul că nimic nou sau amenințător nu va apărea. Altfel spus, rezistența pacientului la experiență — în special experiența a ceea ce este simțit ca fiind o durere emoțională de nesuportat — este legată de frica unui răspuns din partea terapeutului care să nu fie de ajutor. Deci, încă o dată, din cauza faptului că relația terapeutică este coconstruită (fiind rezultatul unei influențe mutuale reciproce), este greu de văzut cum terapeutul *nu* poate fi implicat.

Astfel, ar trebui să considerăm că un comportament pe care am fost învățați să-l vedem ca fiind dovada rezistenței (cum ar fi întârzierile, superficialitatea, distanțarea de sentimente a pacientului) este posibil să fie un răspuns rezonabil la calitatea acordării terapeutului sau la lipsa acesteia. Încercarea de a lămuri ceea ce simte pacientul despre rolul terapeutului (dacă simte ceva) în evocarea rezistenței poate face posibilă descoperirea unor așteptări sau frici preexistente care stau la baza răspunsului pacientului.

Bineînțeles, termenul de „rezistență" are, inevitabil, conotații peiorative. Într-adevăr, abordarea tradițională înțelege rezistența ca fiind *opoziția*

inconștientă a pacientului la progresul tratamentului — ca și cum dacă ar ști mai multe, pacientul va înceta imediat nesăbuința sa și se va ține de program. Considerând pacienții ca opunându-se propriilor lor interese sau opunându-se terapeutului, riscăm să dăm relației terapeutice o aură negativă; mai mult, pacienții pot părea indivizi care ascund secrete vinovate, iar terapeuții, ca detectivi, moral superiori sau confesori. Pentru că niciunul dintre aceste contexte nu are șansa să încurajeze pacienții să spună ceea ce încă nu s-a spus sau să afle ceea ce anterior a trebuit să rămână necunoscut, concepția clasică despre rezistență poate fi o barieră în calea explorării și a integrării.

În schimb, scriitori ca Charles Spezzano (1995), un teoretician relațional de bază, și ca Roy Schafer (1983), un psihanalist important, au propus să vedem rezistența ca fiind comunicarea despre aspecte ale experienței pacientului care sunt greu de tolerat și dificil de pus în cuvinte. Din această perspectivă, pacienții, în mod indirect, vor transmite sau vor încerca inconștient să evoce în terapeut ceea ce nu pot suporta singuri. Pe scurt, atenția asupra rezistenței ca formă de comunicare poate fi o altă cale spre conștientizare și o posibilă integrare a experienței disociate a pacientului.

Reconsiderarea neutralității

Așa cum este în mod tradițional înțeleasă, neutralitatea reprezintă absența investirii din partea terapeutului într-un rezultat sau altul, scăderea influenței personalității, valorilor și teoriilor terapeutului asupra pacientului. În noua paradigmă, această neutralitate este privită, în cel mai bun caz, ca fiind un ideal — menit să păzească autonomia pacientului prin asigurarea protecției față de influența excesivă a terapeutului și prin a face loc fațetelor contradictorii ale conflictelor pacientului — și, în cel mai rău caz, ca o iluzie înșelătoare, irealizabilă, pentru că subiectivitatea terapeutului nu poate fi nici suspendată, nici ascunsă, și indezirabilă pentru că această subiectivitate este o resursă terapeutică neprețuită (Renik, 1996; Stolorow & Atwood, 1997).

Teoreticienii intersubiectivității au susținut că eforturile noastre conștiente, ca terapeuți, de a „pune între paranteze" subiectivitatea noastră cresc de fapt probabilitatea ca noi, într-un mod *inconștient*, să încercăm să ne influențăm pacienții. Autonomia pacienților poate fi mult mai bine păzită atunci când suntem dispuși să recunoaștem și să studiem propriile noastre răspunsuri subiective, precum și să investigăm impactul lor asupra pacientului. În acest context, Renik (1999b) susține că terapeuții sunt adesea de cel mai mare ajutor pacienților atunci când „joacă cu cărțile pe față".

Presupunerea care stă la bază aici este că nici terapeutul și nici pacientul nu pot fi obiectivi. Fiecare are un punct de vedere idiosincrasic asupra realității și niciunul dintre aceste puncte de vedere nu trebuie să fie considerat ca având autoritate. Aspirând la o versiune clasică a neutralității, putem nega pacientului beneficiul unei perspective folositoare. Pentru a facilita autoexplorarea pacientului într-un mod eficient, va trebui câteodată să ne prezentăm punctul de vedere — nu cu scopul ca acesta să fie acceptat, ci doar de a fi luat în considerare.

Din punctul de vedere al intersubiectivității, neutralitatea este reușita comună atât a pacientului, cât și a terapeutului care au perlaborat eficient unele rezistențe interpersonale. Astfel, ei au generat mai degrabă o nouă deschidere, un sentiment de posibilitate spațioasă, decât o investire restrictivă într-o anumită interpretare a realității relaționale actuale. Astfel de experiențe de „neutralitate" reflectă o eliberare temporară de la constrângerile combinate ale transferului și contratransferului (Gerson, 1996).

Contribuțiile intersubiectivității la repertoarul clinic

Teoria intersubiectivității a generat inovații clinice semnificative care cresc capacitatea noastră de a înțelege și de a interveni în domeniul relațional, care este critică în lumina descoperirii empirice că o relație de atașament reprezintă contextul primar în care apare dezvoltarea psihică. În mod specific, aceste inovații determină relații terapeutice marcate de incluzivitate, repară rapid defectele și negociază eficient conflictele și diferențele. De asemenea, ajută terapeutul să acceseze experiența nonverbală a pacientului și să îi întărească capacitățile pentru mentalizare și meditare.

Dialectica trecerilor la act

Pentru că transferul și contratransferul sunt legate într-un cadru relațional, niciunul dintre acestea nu poate fi înțeles separat. Atenția terapeutului

este în cel mai folositor caz îndreptată către amalgamul interpersonal cunoscut ca transfer–contratransfer; de fapt, concentrarea asupra trecerilor la act în transfer–contratransfer se află în centrul abordării clinice intersubiective. În spirala influenței reciproce din care trecerile la act iau naștere, participarea terapeutului nu este mai puțin semnificativă decât cea a pacientului. Astfel, pentru ca terapia să fie curativă, terapeutul, ca și pacientul trebuie să fie capabili să se schimbe.

Este important de reținut că trecerile la act nu sunt experiențe episodice la care ne racordăm temporar. Henry Smith scria că îi vine greu să-și imagineze un schimb în analiză care să fie „lipsit" de treceri la act și îl cita pe Dale Boesky, care observa că „este greu să-ți dai seama ce *nu este* trecere la act" (Smith, 1993, p. 96). Totuși, este extrem de important să fim conștienți de trecerile la act aflate în desfășurare în relația noastră cu fiecare dintre pacienți: în măsura în care aceste treceri la act pot fi conștientizate, ele devin contextul–cheie în care sarcinile terapiei sunt realizate; în măsura în care se desfășoară în mod automat în afara conștientizării, ele pot constitui o barieră în fața insight-ului și a noilor experiențe.

Ca ilustrare, luați în considerare următoarea vinietă. Atunci când Rodney, un pacient de vârstă mijlocie, cu un stil de atașament de respingere, a dat glas îngrijorării sale că îi transformă pe toți cei din viața sa — clienții lui, soția lui — în figuri ale autorității, am realizat brusc că ședințele noastre împreună au prins în mod regulat aceeași formă predictabilă: îmi expunea succesele sau eșecurile săptămânii lui, în timp ce eu îl încurajam în mod implicit, dacă părea, în termenii lui, că progresează; dacă nu, încercam să-l ajut să facă mai bine. Reflectând asupra acestui model, am realizat că am desfășurat un scenariu care exprima nu numai nevoile lui, ci și pe ale mele.

Îngrijorarea lui Rodney despre servilismul său nepotrivit față de cei pe care îi trata ca autorități mi-a dat o oportunitate, așa că am ridicat problema: nu a fost acesta și modul în care am procedat împreună? Mi-am exprimat părerea că el părea să mă considere un fel de ghid sau guru care monitoriza eforturile lui și oferea îndrumări la nevoie. Am adăugat că atunci când se folosea cu succes de aceste îndrumări, părea că se simțea recompensat — iar atunci când nu putea face asta, probabil simțea că nu este susținut.

Observați că până în acel moment mi-am jucat rolul în acest scenariu fără să mă gândesc, probabil plăcându-mi prea mult rolul pentru a deveni complet conștient de el. De aceea, în măsura în care Rodney a trăit relația noastră ca fiind asemănătoare cu celelalte la care se referea, părerea sa implicită că mă prezentam ca o figură a autorității nu era o distorsiune, ci un răspuns rezonabil față de atitudinea mea. Chiar și atunci când vorbeam cu el despre acest lucru, nu puteam să scap de rolul autoritar pe care îl mod caracteristic mi l-a atribuit și pe care în mod caracteristic mi l-am asumat.

Ca răspuns la intervenția mea, Rodney a spus, în acord cu trecerea la act:

— Deci îmi spui că este ceva ce trebuie evitat?

Am răspuns:

— Poate că și acum faci la fel?

Acum răspunsul lui a fost ceva de genul unei experiențe „aha". Dar mai târziu, când a avut ocazia de a-și da seama pe jumătate și de a se scuza pe jumătate pentru eșecul său de la ultima ședință încoace de a completa o aplicație pentru un nou loc de muncă, am simțit că trecerea la act era reinstalată. Totuși nu mi-a trecut prin minte să-l întreb dacă această concluzionare a discuției nu reflectă exact ceea ce tocmai am discutat.

Nu mai este nevoie să spun că astfel de treceri la act au o adezivitate extraordinară. Împreună cu pacienții noștri putem rămâne blocați în ele. Trebuie să facem apel la conștientizare și la inițiativa de a ne face loc printre aceste treceri la act în mod repetat, astfel încât ceva neașteptat și folositor să se poată produce.

Pacienții ca Rodney generează tipare de interacțiune cu terapeuții lor care reflectă o tensiune dinamică între vechi și nou, siguranță și risc, repetiție și transformare. Ca terapeuți, trăim o tensiune similară între tendința de a trece la act partea noastră din configurația transfer–contratransfer și „obiectivitatea" relativă, care poate întări impulsul nostru de a înțelege mai degrabă decât de a satisface această tendință sau de a ne apăra din reflex față de ea. Steven Stern (1994) discută despre aceste dialectici în termeni de „relație repetată" sau „relație bazată pe nevoie", fiecare dintre ele având potențialul de a fi trecută la act în psihoterapie.

Stern (1994) a sugerat că identificarea proiectivă poate fi mijlocul prin care pacientul „îl antrenează" pe terapeut, aducând astfel la viață aceste tipare în cadrul relației, fie recreând experiențe vechi, fie făcând posibile noi experiențe. Descrisă de Karen Maroda (1999) drept „comunicare de la corp la corp" (p. 72), identificarea proiectivă apare atunci când pacientul

se poartă cu terapeutul în așa fel încât terapeutul ajunge să se identifice cu ceea ce pacientul proiectează.[4]

Ideea dialectică a lui Stern că pacientul are impulsuri conflictuale care activează câteodată relația *repetată* și altă dată relația *bazată pe nevoie* se potrivește bine cu concluzia cercetătorilor atașamentului că, la indivizii nesiguri, o stare mentală dominantă față de atașament este în mod obișnuit acompaniată de o stare mentală opusă care tinde să fie disociată. De exemplu, pacienții care resping se pot comporta ca și cum au puțin interes față de apropierea emoțională, dar tocmai această dispoziție renegată poate fi sesizată în preocuparea lor față de perspectiva presiunii exercitate de cerile emoționale ale celorlalți. Pacienți ca aceștia, care determină în mod obișnuit răspunsuri din partea terapeutului ce par să recreeze trecutul problematic, ne așteptăm să determine implicit răspunsuri care să le îndeplinească nevoile de dezvoltare nerealizate. Împotriva acestor forțe puternice care invită la repetiție se pare că sunt dispuse dorințele împărtășite ale pacientului și terapeutului pentru experiențe care vor descoperi noi posibilități relaționale.

Autodezvăluirea

Dacă există o transformare de tehnică care diferențiază paradigma nouă de cea veche, aceasta este deschiderea pentru opțiunea de autodezvăluire deliberată (vezi Ehrenberg, 1992; Maroda, 1999). Amintiți-vă că, din perspectiva relațională, menținerea anonimității terapeutului nu este doar un scop imposibil de realizat, ci și unul nedorit. Din acest punct de vedere, raționamentele tradiționale pentru proscrierea autodezvăluirii încep să se evapore. În locul lor se strecoară mai multe motive puternice de a adăuga această intervenție în repertoriul terapeutului. Probabil cel mai important este faptul că dezvăluirea explicită a gândurilor și sentimentelor noastre îi poate ajuta pe pacienții noștri să recunoască și să-și „însușească" experiențele pe care anterior au simțit nevoia să le renege sau să le disocieze.

La fel cum teoreticieni ai atașamentului ca Fonagy (2001) au insistat că pentru a putea să-și înțeleagă propria minte copilul trebuie să cunoască mintea altcuiva, clinicienii relaționali (Bollas, 1987; Spezzano, 1995) au observat că pentru a putea să-și integreze gândurile, sentimentele și dorințele renegate pacienții au nevoie de psihicul terapeutului care să le *conțină* temporar experiența pe care nu au fost capabili să o ducă singuri. În cadrul relației terapeutice, „știutul negândit" al pacientului (în termenii lui Bollas) pare să se afle la terapeut.

În aceste circumstanțe, propria experiență subiectivă a terapeutului poate rămâne o resursă insuficient folosită — în afară de cazul în care este dezvăluită pacientului și numai până în acel moment. Presupunerea subiacentă aici este că pacienții, în mod inconștient, dar cu un scop anume, îi testează pe terapeuți pentru a afla adevărul credinței lor că anumite lucruri sunt pur și simplu prea periculoase pentru a fi știute, simțite sau dorite. Terapeutul care conține, ia în considerare și dă glas acum propriei experiențe „personale" — să spunem tristețea pe care o simte într-o anumită situație în prezența pacientului — poate să infirme credința pacientului legată de pericolul de a ști sau de a arăta cuiva ceea ce simți. Autodezvăluirea terapeutului servește aici pentru a demonstra că poate fi experimentat și exprimat în siguranță mult mai mult decât credea pacientul (Hoffman, 1992, 1994).

În mod evident, teoria intersubiectivității ne încurajează nu numai să folosim tacit experiența noastră subiectivă, ci și să discutăm această experiență cu pacienții noștri atunci când acest lucru pare să favorizeze avansarea către scopurile tratamentului. Dincolo de rolul ei în facilitarea integrării, cum poate autodezvăluirea deliberată să crească eficiența noastră terapeutică?

Este o resursă crucială în eforturile noastre de a face față trecerilor la act. Pentru a transforma aceste obstacole potențiale în oportunități pentru vindecare avem nevoie în anumite momente să „ne extragem" din trecerile la act (altfel, este doar pură experiență, fără o înțelegere folositoare), în timp ce în alte momente avem nevoie să „ne facem loc în interiorul"

4. Dimensiunilor „bazate pe nevoie" și „repetată" le corespund identificările proiective „Tip unu" și „Tip doi" ale pacientului (Stern, 1994), care evocă reacții diferite din partea terapeutului care, pe de-o parte, recreează experiențe vechi și, pe de altă parte, face posibile altele noi. Stolorow și colab. (1987) abordează un domeniu apropiat prin concepția lor „bipolară" despre transfer — care în mod alternativ amenință pacientul cu redescoperiri traumatice și are grijă de pacient din punct de vedere psihic, îndeplinind nevoile neîmplinite de obiecte ale sinelui. În mod similar, teoria despre control/stăpânire a lui Weiss și Sampson (1986) poate fi un ghid al transformării trecerilor la act din repetate în treceri la act bazate pe nevoie prin intermediul testelor de transfer în care terapeutul fie confirmă, fie infirmă credințele patogene ale pacientului.

acestora (ca nu cumva să fie „înțelegere" fără experiența trăită, care face posibilă înțelegerea emoțională).

Trecerile la act adesea își semnalizează prezența, obstrucționând serios terapeutul. Cu alte cuvinte, atunci când devenim conștienți de faptul că limita noastră de mișcare s-a îngustat semnificativ cu privire la cât de liber putem gândi, simți sau interacționa cu pacientul, atunci este probabil să fim prinși într-o trecere la act. Cu cât trecerea la act este mai rigidă, mai repetitivă și mai greu de scăpat din ea, cu atât este mai important să facem tot ce putem pentru a-i slăbi forța. În astfel de situații, asumarea riscului de a transpune în cuvinte experiența noastră poate adesea „rupe vraja" trecerii la act, permițându-ne să relaționăm cu pacientul cu o mai mare libertate, autenticitate și claritate.

Pe de altă parte, când ne simțim îndepărtați de pacient — în mod persistent plictisiți, adormiți sau distanți — sau când natura trecerilor la act în desfășurare este mult prea vagă, dezvăluirea experienței noastre pacientului poate însufleți o interacțiune amorțită și poate ajuta la a face manifeste unele treceri la act latente. De exemplu, într-o ședință recentă am spus: „Simt că îmi este mult mai greu decât de obicei să mă conectez la ceea ce-mi spui. Este mult mai greu pentru mine să fiu prezent acum. Asta poate să aibă de-a face în totalitate cu mine sau poate să aibă de-a face cu ceea ce se întâmplă între noi. Poți să-mi spui cum ai simțit tu acest lucru? Cum este pentru tine să mă auzi spunând asta?"

Pacienta a oftat adânc și a spus că se simte ușurată să mă audă admițând ceea ce credea că a observat la mine, și anume că păream să fiu în altă parte; a adăugat că nici ea nu se simțea prezentă aici, că era pe pilot automat, doar „vorbea aiurea". Dar după acest schimb, am scăpat din cursă, ca să zic așa. Participarea expresivă a terapeutului are potențialul de a rezolva impasul empatic, de a aduce ambele părți mult mai mult împreună și de a facilita înțelegerea trecerii la act creată împreună.

Autodezvăluirea terapeutului poate, de asemenea, asigura pacientului un model care întruchipează multe dintre capacitățile pe care sperăm să le întărim pe parcursul tratamentului, inclusiv capacitatea reflexivă pe care Main și Fonagy au legat-o de atașamentul securizant, precum și capacitatea pentru meditare. Terapeutul care poate aprecia cu atenție experiența care poate să o pună sub semnul întrebării și nu să o preia pur și simplu și care poate susține diferite interpretări este cel care poate, în mod specific, modela mentalizarea — abilitatea de a răspunde experienței din punctul de vedere al stărilor mentale schimbătoare care îi dau formă. În mod similar, terapeutul care poate discuta despre experiența sa în aici-și-acum într-o manieră nondefensivă, încurajând pacientul să facă același lucru, facilitează o conștientizare centrată pe prezent, noncritică, care este trăsătura fundamentală a atitudinii meditative.

Autodezvăluirea din partea terapeutului, de asemenea, modelează capacitatea de a pune în cuvinte sentimente și reacții dificile, iar capacitatea de a da exprimări verbale tipurilor de experiență pe care pacientul a simțit nevoia să le reprime sau să le disocieze facilitează munca integrării.

În sfârșit, autodezvăluirea poate fi de folos atunci când vrem să dăm pacienților o perspectivă asupra impactului lor asupra terapeutului și astfel a posibilității impactului lor asupra celorlalți. Mă gândesc aici la o ședință în care i-am spus unui pacient că îmi aleg cu foarte mare grijă cuvintele atunci când vorbesc cu el și simt că am nevoie să-i comunic doar mesaje care sunt de necontestat, pentru că pare mereu să fie gata să găsească greșeli în ceea ce spun. A găsit acest lucru surprinzător: în loc să-și imagineze că *mă* voi simți amenințat de el, de fapt simțea nevoia să fie „în gardă" în relație cu *mine*. Pe măsură ce terapia a continuat, ne-am reîntors în mod repetat la acest schimb, cel mai recent atunci când a fost confuz în legătură cu o evaluare critică a performanțelor sale de la serviciu care indica faptul că modul în care comunicase cu subordonații i-a pus pe aceștia într-o poziție defensivă. Recunoscând acum un tipar familiar, a realizat că trebuie să facă față fricii sale de a fi judecat nu prin relocalizarea acesteia în ceilalți, ci prin înțelegerea ei și, poate, prin căutarea reasigurării.[5]

Teoria relațională face întotdeauna din autodezvăluire o opțiune disponibilă; dacă alegem sau nu să o realizăm, la un anumit moment ar trebui să depindă, ca toate deciziile clinice, de ceea ce credem că va servi cel mai bine interesele pacientului. Riscul ca experiența subiectivă pe care terapeutul o dezvăluie să nu aibă nimic de-a face cu pacientul sau/și să nu fie folositoare acestuia este diminuat atunci când terapeutul o comunică

5. În acest context merită subliniat că — dată fiind unicitatea fiecărui terapeut — nu putem să presupunem că experiența pacientului în relația de tratament este obligatoriu să se potrivească cu experiența sa din alte relații. Mi se pare util să sugerez pacienților că, foarte probabil, există atât diferențe, cât și similitudini între ceea ce ei trăiesc în relație cu mine și ceea ce trăiesc în altă parte — și că atenția asupra suprapunerii acestora se poate dovedi a fi foarte clarificatoare.

prin „tentative îndemânatice" (Safran & Muran, 2000) și cu o deschidere a a lua în considerare reacțiile pacientului.

Există, de asemenea, riscuri în urmarea propriului nostru plan. Sentimentele intense — sau indiferența — pe care pacienții noștri ni le produc sunt mai greu de admis și cu atât mai greu de dezvăluit; reticența noastră, de înțeles, are adesea prețul ei. Mascarea sentimentelor dificile poate face mai mult rău decât dezvăluirea acestora. Ascunzând ceea ce simțim putem doar să pretindem că suntem prezenți cu pacientul, când de fapt noi ne-am retras. Mai mult, există riscul de a pune în act în mod distructiv atunci când, într-un moment neprevăzut, sentimentele noastre devin prea puternice pentru a le mai putea conține. Maroda (1999) și Renik (1995) au sugerat că reticența noastră personală de a dezvălui aceste sentimente își poate avea rădăcinile în frica noastră că o astfel de expunere va distruge în ochii pacientului imaginea de autoritate binevoitoare, lăsându-ne plini de defecte și vulnerabili.

Probabil în acord cu propriul meu caracter, mi se pare că încercarea de a face o psihoterapie eficientă fără a beneficia de resursele unei autodezvăluiri nu are sens, la fel ca încercarea de a cânta la pian cu o singură mână. În timp ce teoria tradițională interzice autodezvăluirea, noua paradigmă nu o impune — bineînțeles că nu pentru oricare terapeut cu oricare pacient. Autodezvăluirea este doar o opțiune. După cum vom vedea, natura fiecărui terapeut și pacient este cea care ar trebui să determine dacă alegerea acestei opțiuni este una bună din punct de vedere clinic.

„Matricea interactivă"

Jay Greenberg (1995) a formulat acest termen pentru a descrie contextul creat împreună, în care anumite evenimente din terapie își capătă înțelesul. Este alcătuită din subiectivitățile concordante sau neconcordante ale pacientului și ale terapeutului. Greenberg a susținut că ceea ce ar trebui să determine cum va fi condusă o anumită terapie este matricea interactivă specifică tratamentului, și nu orice „manual de proceduri standard". Cu alte cuvinte, ceea ce vindecă va depinde în întregime de ceea ce „merge" cu un anumit pacient care lucrează cu un anumit terapeut.

Atunci când sensibilitățile celor doi parteneri sunt sincronizate, se pot mula atât de ușor încât interacțiunea dintre ei pare un nou eveniment, iar problemele relaționale și de atașament alunecă spre periferie. Nepotrivirea, în schimb, subliniază interacțiunea și aduce aceste probleme în centrul atenției. În acest moment, negocierea (amestecul dintre empatie, interpretare și câteodată autodezvăluirea terapeutului) este necesară pentru a reface echilibrul cuplului terapeutic. Această noțiune că nepotrivirea dintre pacient și terapeut necesită o negociere pentru a putea fi refăcut echilibrul este similară cu concluzia cercetărilor asupra relației copil–părinte că un rol–cheie în generarea siguranței este experiența repetată, nu a unei interacțiuni perfect line, ci a unei rupturi (inevitabile), urmată de reparație.

Problema nepotrivirii sau armoniei, a congruenței sau a conflictului, este atât o problemă interpersonală, cât și una internă. La un nivel interpersonal, modul de lucru al terapeutului poate să fie sau nu în acord cu nevoile sau dorințele pacientului, iar pacientul poate sau nu să folosească într-un mod util intervențiile terapeutului. Dar ceea ce se întâmplă la acest nivel interpersonal — cum ar fi răspunsul pacientului la dezvăluirea terapeutului — are mult de-a face cu potrivirea internă (congruență sau conflict) dintre ceea ce *face* terapeutul (intervenția) și ceea ce *este* terapeutul (caracter).

De exemplu, un anumit terapeut ar putea alege să practice în modul cel mai tradițional, pentru că a fost învățat că menținerea anonimității este o tehnică bună. Dacă găsește acest stil confortabil din punctul de vedere al caracterului său, atunci persona sa clinică poate fi acceptată de către pacient ca o expresie naturală a eforturilor sale de a fi de ajutor. Pe de altă parte, dacă terapeutul este construit în așa fel din punct de vedere psihic încât încercarea de a funcționa ca un ecran alb înseamnă să fie reținut și acest lucru conduce la vinovăție, eforturile lui pot fi resimțite de către pacient ca fiind distructive. Încă o dată, terapeuții sunt inevitabil subiectivi, iar pacienții sesizează indiciile care dezvăluie experiența noastră subiectivă. Deci nu contează doar ceea ce facem, ci — probabil mai mult — și ceea ce simțim despre ceea ce facem (Wallin, 1997).

„Al treilea analitic"

Thomas Ogden (1994) a susținut că interacțiunile dintre pacient și terapeut generează o atmosferă bogată în semnificații inconștiente. Ele plutesc,

să spunem așa, în aer. Această atmosferă de sensuri create intersubiectiv este ceea ce Ogden a numit „al treilea analitic". El credea că acest „al treilea" pătrunde și dă formă experienței ambelor părți participante la interacțiune. În mod corespunzător, sesizarea celor mai subtile aspecte ale experienței noastre cu pacientul — incluzând aici senzațiile fizice sau gândurile fugitive care sunt de obicei date la o parte ca fiind distrageri sau dovezi ale unei preocupări narcisiste — poate fi cheia către afectele periculoase ale pacientului sau stările sale mentale disociate. Astfel de urme ale acestui „al treilea analitic" oferă o altă fereastră către inconștient.

Dovezi în plus ale acestui „al treilea" se găsesc în situațiile surprinzătoare de suprapunere ale experienței terapeutului cu cea a pacientului. Cu câțiva ani în urmă, lucram cu un tânăr de patru ori pe săptămână. El a fost ultimul pacient pe care l-am văzut luni seara. În dimineața următoare m-am trezit devreme dintr-un vis cu o femeie cu trei penisuri. Când l-am văzut pe pacientul meu în după-amiaza aceea, a început ședința spunându-mi că a avut cel mai ciudat vis. Am știut exact ce urma să-mi spună. A spus: „Am visat o femeie care avea trei penisuri". Exemple ca acesta sugerează modul straniu în care o relație intens intersubiectivă poate genera o experiență comună, care nu aparține nici pacientului, nici terapeutului, ci unui misterios amalgam dintre cei doi.

Ce adaugă perspectiva intersubiectivității teoriei atașamentului

Charles Spezzano (1998) a întrebat ce fac terapeuții relaționali în timpul dintre trecerile la act și autodezvăluire. Întrebarea a ridicat o problemă crucială. Dacă teoria relațională și cea a intersubiectivității au dreptate, iar experiența emoțională autentic corectivă derivă în parte din implicarea noastră și în cele din urmă din extragerea noastră din trecerile la act care își au originea în afara conștienței, atunci ce trebuie să încercăm să facem în mod *conștient* cu pacientul până când le recunoaștem?

Multe din resursele necesare pentru integrarea teoriilor intersubiectivității și atașamentului reies din faptul că prima încadrează într-un mod folositor această întrebare, în timp ce a doua, cu o egală eficiență, ne ajută să-i dăm un răspuns.

Pentru a recapitula: teoria atașamentului sugerează că terapeutul este, potențial, o nouă figură de atașament față de care pacientul poate dezvolta noi tipare de atașament. Pentru a identifica aspectele parentajului care facilitează siguranța copilului, teoria atașamentului ajută terapeutul să aleagă și să manifeste în mod deliberat o atitudine echipată pentru a genera o siguranță mai mare dată de atașamentul pacientului. Prin descrierea stilurilor de atașament diferite, teoria ajută, de asemenea, terapeutul, să identifice tiparul de atașament al unui anumit pacient și să dezvolte, în consecință, abordări specifice. În sfârșit, prin clarificarea centralității funcției reflexive și cursului dezvoltării sale normale, teoria atașamentului se concentrează pe eforturile terapeutului de a întări capacitatea de mentalizare a pacientului prin cuplarea eforturilor pentru a asigura o bază de siguranță cu o comunicare care să reflecte conștientizarea consecventă a „atitudinii intenționale" a pacientului — oricât de aflată la început ar fi acea atitudine. Așa cum voi dezvolta în partea a IV-a, teoria atașamentului oferă terapeuților un cadru de lucru puternic pentru a decide ceea ce în mod deliberat vor încerca să asigure pentru pacienții lor.

Dintr-o perspectivă explicit clinică, teoria relațională/intersubiectivă abordează mai multe fapte cruciale. În primul rând, așa cum fiecare terapeut trebuie să știe, majoritatea a ceea ce se întâmplă în psihoterapie *nu* este rezultatul unei intenții deliberate din partea terapeutului sau a pacientului. În schimb, ceea ce se întâmplă este adesea rezultatul unei interacțiuni a intenției conștiente cu experiențe din tratament care sunt nepremeditate, accidentale și motivate inconștient. În al doilea rând, pacienții se află de obicei în conflict atunci când trebuie să profite de noua relație de atașament pe care terapeutul o oferă în mod implicit. În al treilea rând, pacienții nu sunt de obicei dispuși sau pur și simplu nu pot să verbalizeze anumite aspecte importante ale experienței lor.

Asigurând uneltele necesare pentru a lucra cu aspectele neintenționate ale propriei noastre participări la lumea pacientului și pentru a aborda acele părți cu influență crucială ale experienței pacientului care nu sunt și care adesea nu pot fi puse în cuvinte, teoria intersubiectivității aduce contribuții vitale la o abordare a tratamentului orientată pe atașament.

Pentru început, perspectiva relațională subliniază faptul că, devenind o parte din lumea pacientului prin intermediul *trecerilor la act*, terapeutul este capabil să simtă și să cunoască pacientul într-un mod direct emoțional, care nu este mediat de limbaj. Acest lucru dă acces terapeutului la domeniile „neverbalizate și neverbalizabile" ale experienței pacientului.

Perspectiva relațională, de asemenea, extinde înțelegerea teoriei atașamentului despre „responsivitatea senzitivă". Suplimentar față de promovarea empatiei și acordării, în teoria relațională se pune accentul pe sentimentul puternic de a fi înțeles și susținut, lucru care ia naștere *nu* din eforturile noastre de a furniza ceea ce presupunem noi că are nevoie pacientul, ci mai degrabă din imersia împreună cu pacientul în interacțiunile complexe, dificile și uneori dureroase care apar imprevizibil în ciuda intențiilor noastre conștiente. La îndrumarea oferită de teoria atașamentului clinicienilor în ceea ce privește „ofertele" deliberate, abordarea intersubiectivă adaugă concentrarea asupra avantajelor care derivă din participarea noastră inconștientă (inițial) la relația cu pacientul.

Mai mult, o abordare intersubiectivă subliniază oportunitatea de a afla, prin direcționarea atenției către trecerile la act, despre *conflictul* trăit de pacient atunci când trebuie să folosească empatia și conținerea — *noul* atașament — pe care terapeutul încearcă să le asigure.

În sfârșit, teoria intersubiectivității adaugă la teoria atașamentului accentul pe mutualitate și dialog, care invită pacientul să ocupe multiple roluri în relația de tratament — incluzând aici rolul de „consultant" al terapeutului. Dat fiind faptul că toți avem un inconștient, implicarea pacientului în mod implicit ca un interpret al experienței terapeutului poate fi de un mare ajutor.

Există o sinergie puternică în integrarea teoriilor atașamentului și intersubiectivității, care converg și astfel se confirmă una pe cealaltă. Ambele identifică relațiile apropiate ca fiind creuzetul în care ființele umane sunt inițial modelate și în care — fie în dragoste sau în psihoterapie — rănile emoționale timpurii au potențialul de a fi vindecate. De asemenea, ambele teorii subliniază experiența relațională care există în afara domeniului strict verbal. Mai important este faptul că fiecare teorie pare să o completeze pe cealaltă și, probabil, chiar să o întregească. Teoria intersubiectivității umple dimensiunea clinică în mare parte nedezvoltată a teoriei atașamentului. Teoria atașamentului, în schimb, adâncește incomensurabil dimensiunile de dezvoltare și diagnostice ale intersubiectivității. În termenii relevanței pentru psihoterapie, cele două teorii, atunci când sunt luate împreună, reprezintă un „mariaj" conceptual perfect.

PARTEA A IV-A

Tipare de atașament în psihoterapie

Puțin din ceea ce facem ca terapeuți poate fi descris în avans. Așa cum a observat și Grupul de Studiu al Procesului de Schimbare, psihoterapia se desfășoară prin intermediul improvizării *mișcărilor relaționale. Totuși, această improvizație are mai multe șanse să fie folositoare dacă mișcările terapeutului sunt acompaniate de o conștientizare a felului în care este de fapt o relație care facilitează dezvoltarea.*

Cercetarea atașamentului a identificat trăsăturile unui dialog colaborativ asociat mai târziu în viața copilului cu dezvoltarea siguranței, a rezilienței și a flexibilității. Dată fiind suprapunerea proceselor de schimbare din copilărie și psihoterapie, această cercetare ne dă un cadru de lucru pentru a facilita un dialog colaborativ corespunzător cu pacienții noștri. Cercetarea, de asemenea, ne ajută să identificăm tiparul de atașament dominant al pacienților noștri și astfel să ne „imaginăm" relațiile lor timpurii, inclusiv ce fel de relații ar putea sau nu să li se potrivească.

Capitolul 11 transpune descoperirile empirice în recomandări clinice pentru facilitarea unei comunicări coerente și pentru evaluarea „incoerențelor" specifice pacienților nesiguri. Astfel, pregătește terenul pentru următoarele trei capitole care redau în amănunt implicațiile în tratament ale recunoașterii faptului că stările mentale prevalente ale pacienților față de atașament sunt de respingere, preocupare sau sunt nerezolvate.

Construirea creuzetului dezvoltării

Fie în copilărie, fie în psihoterapie, asigurarea unei baze de siguranță este trăsătura definitorie a unei relații de atașament „suficient de bune". O astfel de relație întărește capacitatea vitală pentru reglarea afectului, facilitând așteptările pacientului că cineva mai puternic și mai înțelept va fi disponibil pentru a ajuta la restabilirea echilibrului emoțional în fața pericolului. De asemenea, facilitează echilibrul flexibil dintre conectare și explorare pe care Ainsworth l-a privit ca fiind indicatorul atașamentului securizant. În măsura în care acest tip de experiență relațională poate deveni portabilă — o „bază de siguranță internalizată" —, copiii și pacienții noștri au o resursă de o valoare inestimabilă, pentru că reîntărește încrederea în sine, încrederea în alții și sentimentul că lumea este un loc sigur, în care poți să iubești și să crești. Întrebarea este, desigur, cum putem genera o astfel de experiență relațională.

Facilitarea comunicării colaborative în psihoterapie

Observând convergența dintre multiplele studii și metode de cercetare, Lyons-Ruth (1999) a identificat patru trăsături–cheie ale comunicării părinte–copil care sunt legate de un rezultat pozitiv al dezvoltării. O astfel de comunicare este colaborativă și coerentă și necesită ca părintele: (1) să structureze interacțiunea astfel încât să afle cât mai mult despre sentimentele, dorințele, nevoile și punctul de vedere al copilului; (2) să inițieze repararea interactivă atunci când rupturile apar în relație; (3) să îmbunătățească dialogul pentru a face față potențialelor în apariție ale copilului; (4) să se implice activ și să „lupte" cu copilul în perioadele în care sentimentul despre sine și despre alții este în schimbare continuă.

Corespunzător, în lumina simetriei dintre ceea ce asigurăm ca părinți responsivi senzitiv și terapeuți acordați empatic, ar trebui să avem ca scop: (1) un dialog afectiv și lingvistic care să cuprindă cât mai mult din experiența subiectivă a pacientului — sentimente, gânduri, dorințe; (2) o senzitivitate față de rupturile din relație și o disponibilitate pentru inițierea reparării; (3) o atitudine de acceptare combinată cu așteptarea a ceva mai mult din partea pacientului decât crede el că este capabil la acel moment; (4) o disponibilitate de a ne confrunta, de a stabili limite și de a ne „lupta" cu pacientul — adesea necesare în timpul perioadelor care anunță o schimbare în identitatea pacientului și în relația terapeutică.

Pentru a explica modul în care putem implementa un astfel de cadru în practică, voi descrie ingredientele necesare efortului nostru *deliberat* de a asigura pacientului o relație de atașament care să fie mai prielnică dezvoltării sale psihice decât relația care l-a lansat în viață.

Realizarea unui dialog incluziv

Pacienții noștri au nevoie să-i ajutăm să acceseze și să exprime întreaga gamă a experienței lor subiective, inclusiv experiența emoțională. Așa cum Bowlby (1988) scria, „comunicarea emoțională dintre pacient și terapeut este cea care joacă un rol crucial" (p. 157). Întrebări de tipul: *Cum te simți? Ce dorești? Ce crezi că se întâmplă acum între noi doi?* (fie puse în mod explicit, fie apărute în tăcere în mintea terapeutului) trebuie să fie o trăsătură consecventă a eforturilor noastre de a genera un dialog incluziv.

Ele rămân adesea fără un răspuns din partea pacientului pentru că implică experiențe de genul celor excluse de primele relații ale pacientului. De aceea, trebuie să ne acordăm la ceea ce pacientul poate transmite doar nonverbal. Așa cum am discutat mai devreme, această comunicare implicită a „cunoscutului negândit" poate fi exprimată prin intermediul feței pacientului, al tonului vocii, posturii sau gesturilor. Se pot înregistra în noi ca sentimente, senzații corporale, imagini sau gânduri care pot fi puse în act în cadrul relației. Surprinderea acestor tipuri de semnale implicite necesită o atenție oscilantă între pacient, pe de-o parte, și propria noastră experiență subiectivă, pe de altă parte. „Responsivitatea autoreflexivă" (Mitchell, 1997) și „cercetarea introspectivă empatică" (Stolorow și colab., 1987) sunt termeni care descriu tipul de vedere binoculară la care mă gândesc.

Pentru a putea include ceea ce altfel ar putea să fie exclus, câteodată găsesc util să fac explicită experiența mea legată de pacient, de mine și de interacțiunea noastră. Punerea acestei experiențe în cuvinte poate ajuta pacientul să acceseze aspecte disociate sau renegate ale propriei experiențe.

> De exemplu, recent, în mod surprinzător, nu am fost deloc emoționat de relatarea unei paciente despre problemele ei relaționale. Întrebându-mă în tăcere de ce, am observat că pacienta încheia fiecare afirmație cu o ridicare a tonului, ca și cum ar fi pus o întrebare; de asemenea, a vorbit foarte repede, ca și cum se îndoia că aș avea suficientă răbdare să-i ascult povestea. Când i-am împărtășit aceste observații și i-am sugerat că, probabil, nu se simte confortabil cu ceea ce spune sau își pune întrebări în ceea ce privește interesul meu, s-a apărat, spunând: „Nu e chiar așa. Ai dreptul să ai privirea unui specialist". Totuși am insistat, povestindu-i o discuție pe care am auzit-o între două fetițe. Una vorbea ca și cum era sigură că cealaltă este interesată, iar cealaltă, părând mai puțin încrezătoare în atenția prietenei ei, vorbea repede și termina fiecare propoziție pe un ton întrebător. Pacienta mea a răspuns: „Cred că ești pe un drum bun, pentru că în timp ce vorbeai am simțit că mă «așez», înainte de asta doar «bâzâiam». În curând a devenit clar pentru amândoi că, în ciuda cuvintelor ei care mă contraziceau, s-a simțit destul de neîndreptățită și a presupus că nu ar conta prea mult pentru ceilalți.

Cuvintele pacienților noștri adesea reprezintă o imagine destul de parțială și, câteodată, înșelătoare a ceea ce ei simt de fapt. Consecutiv, empatia noastră pentru experiența imediată a unui pacient poate fi un important punct de plecare sau — dacă ne oprim aici — un obstacol către o discuție mai incluzivă. Frecvent, de exemplu, pacienții pot verbaliza fie dorința lor de schimbare, fie frica lor de schimbare. Pentru a le putea integra pe ambele — pentru că ambele sunt, de obicei, prezente —, poate fi util pentru terapeut să vorbească despre acea parte a experienței cu privire la care pacientul este tăcut. Totuși, pentru ca un astfel de răspuns să fie plin de sens, pacientul trebuie să fie capabil să găsească în cuvintele terapeutului propria reflexie. Atunci când reușește, o astfel de intervenție îl

ajută pe pacient să se simtă recunoscut de către terapeut la un nivel mai profund și acceptat mai mult ca o persoană întreagă.

Pentru a facilita un dialog incluziv care să facă integrarea posibilă trebuie nu numai să *recunoaștem* experiența pacientului, în special experiența emoțională, ci și să *comunicăm* această recunoaștere într-un mod în care pacientul să se simtă înțeles. Totuși, adesea, acest sentiment de a fi înțeles de către terapeut este insuficient. Pentru a se simți pe deplin recunoscut în astfel de momente, pacientul trebuie, de asemenea, să se simtă *simțit* (Siegel, 1999). Susan Coates (1998) a spus în felul următor: „Decât să ia sentimentele pacientului, terapeutul ar trebui să lase sentimentele pacientului *să ajungă* la el (de ex. să le luăm într-un mod care poate fi recunoscut de pacient)" (p. 127). Atunci când afectul este „contagios" și răspunsul terapeutului se potrivește cu calitatea comunicării pacientului, această situație poate reprezenta o formă extraordinar de puternică a responsivității contingente și a întâlnirii intersubiective. Bineînțeles că un astfel de răspuns certifică faptul că ceea ce trăiește pacientul — probabil cu trepidații considerabile — poate, de fapt, să fie conținut în relația cu terapeutul.

În afară de responsivitatea care le permite pacienților să se simtă recunoscuți și simțiți, mai sunt încă două elemente ale comunicării terapeutului care favorizează scopurile integrării și inclusivității. În acest sens, sugestia lui Fonagy că părinții, ca răspuns la distresul copiilor lor, ar trebui să ofere empatie, o atitudine de ajustare și atenție la „poziția intențională" a copilului este perfect valabilă. În psihoterapie, ca și în copilărie, individul, cu siguranță, are nevoie de rezonanța empatică, acordarea și oglindirea din partea celuilalt. Dar așa cum sugerează recomandarea lui Fonagy, pacienții noștri au nevoie de mai mult decât oglindire dacă vor să simtă că relația lor cu noi este suficient de sigură pentru a risca o autodezvăluire mai mare.

În primul rând, pacienții noștri trebuie să ne simtă capabili de a-i ajuta să facă față sentimentelor lor dificile — altfel, de ce și-ar permite să simtă mai mult decât trebuie? Parafrazându-l pe Schore (2003), atașamentul *este* reglarea interactivă a emoțiilor. O astfel de reglare depinde semnificativ de propria noastră capacitate de a tolera și de a administra sentimente dureroase. Atunci când această abilitate este bine dezvoltată, suntem, în general, capabili nu numai de a recunoaște și de a rezona cu sentimentele dificile ale pacientului, ci și de a comunica faptul că, într-adevăr, pot fi susținuți. Aici o atitudine de calm este folositoare (dacă putem să facem apel la ea), ca și un comportament care să exprime dorința noastră de a înțelege și, prin intermediul acestei înțelegeri, de a ajuta.

În al doilea rând, trebuie să răspundem intențiilor, sentimentelor și credințelor subiacente care reprezintă contextul în care cuvintele și comportamentul pacienților noștri au sens. Răspunzând în acest mod, în lumina „poziției intenționale" a pacienților, le permitem să se simtă înțeleși în profunzime — și acest lucru este transpus în sentimentul de a fi acceptat. Simțindu-se înțeleși și acceptați, este facilitată încrederea că experiențele lor — chiar și cele pe care au trebuit să le îngroape — pot fi în siguranță conținute în noua relație de atașament.

Probabil cel mai important lucru în încurajarea unui dialog incluziv este faptul că trebuie să fim prezenți emoțional pentru a putea fi suficient de receptivi și suficient de implicați pentru a simți ceea ce este „viu" emoțional în pacient, chiar sau în mod special și atunci când nu este exprimat direct.

Inițierea activă a reparării

Empatia noastră, autodezvăluirea deliberată și/sau interpretarea pot fi utilizate pentru a restabili echilibrul în cuplul terapeutic. Oricare ar fi intervenția, repararea unei rupturi implică, de obicei, o anumită formă de negociere intersubiectivă. Rezolvarea conflictului prin negocierea cu terapeutul întărește încrederea pacientului că baza de siguranță este, de fapt, sigură — că poate supraviețui tensiunilor aduse de dezamăgire, diferență sau protest.

> Reîntorcându-se la terapie după o vacanță de două săptămâni, Randall, un pacient pe care îl vedeam de câțiva ani, a vorbit într-un mod obișnuit, „obiectiv", despre frica sa că nu va putea niciodată să aibă o relație intimă de lungă durată. A spus că se temea să fie respins, dar își pierdea interesul ori de câte ori cineva era interesat în mod serios de el. A întrebat ce părere am, după ce inițial a sugerat că ceea ce i-am oferit până în prezent nu a avut rezultat. Pe un ton de glumă, i-am sugerat să încerce psihoterapia.

Randall s-a uitat puţin mirat; în mod evident nu era amuzat. Plângându-se de faptul că terapia de până acum nu i-a fost deloc de ajutor, a făcut aluzie la o perioadă anterioară în care am examinat cu atenţie relaţia noastră. Apoi a spus că munca noastră împreună este valoroasă pentru el şi se implica emoţional — dar cu siguranţă nu şi acum.

Mi-am dat seama că de curând (chiar şi în şedinţa de acum) părea să fie destul de puţin implicat. În ceea ce mă priveşte pe mine, observasem mai devreme în oră că mă simţeam mai puţin apropiat de el decât m-aş fi aşteptat. Este posibil ca „gluma" mea să fi reflectat chiar frustrarea faţă de distanţarea şi critica sa. Apoi mi-am adus aminte că în şedinţa de dinaintea plecării lui în vacanţă am fost preocupat. În consecinţă, este posibil ca el să mă fi simţit ca fiind distant şi, probabil, că îl resping.

Pe parcursul următoarelor schimburi verbale, i-am spus că probabil a simţit dorinţa pe care şi-a exprimat-o pentru ajutorul meu ca fiind în mod special urgentă, ţinând cont de dorinţa lui puternică de a avea o parteneră şi de frica lui că s-ar putea să nu facem niciun progres. Apoi l-am întrebat dacă a reţinut vreo impresie de la ultima noastră şedinţă. Mi-a spus că a fost foarte deprimantă discuţia noastră despre eşecurile lui în căutarea unei partenere. I-am răspuns: „Nu sunt sigur dacă ceea ce vreau să-ţi spun are vreo legătură cu faptul că te-ai simţit deprimat atunci, dar ştiu că aveam multe pe cap în timpul acelei şedinţe. Cred că a fost dificil să fiu prezent şi probabil ai sesizat acest lucru". Am adăugat că, în acest context, remarca mea răutăcioasă a fost probabil cel puţin nepotrivită.

A fost uşor înduioşat, spunându-mi că se simte uşurat să mă audă spunând acest lucru. Credea că m-am retras şi îşi făcea griji, crezând că sunt supărat pentru faptul că mi-a răspuns „nu" la cererea mea anterioară de a muta la altă oră şedinţa noastră. Când şedinţa s-a terminat, şi-a exprimat aprecierea spunând că se simte din nou legat de mine.

Astfel de secvenţe de rupere şi reparare — în special repararea iniţiată de terapeut — întăresc încrederea pacientului că se poate baza pe relaţie pentru a-şi conţine sentimentele care-i produc dificultăţi şi pentru a-l ajuta să le rezolve. Pe parcursul procesului, ele construiesc capacitatea pacientului de a folosi reglarea afectivă interactivă care este predecesorul autoreglării. Episoadele succesive de reparare tind, în plus, să infirme aşteptările transferenţiale preexistente ale pacientului — în cazul pacientului meu, aşteptarea, născută din experienţa cu mama sa extraordinar de narcisistă, că niciodată nimeni nu îşi va asuma responsabilitatea pentru problemele pe care le-a produs şi că doar el singur va fi responsabil.

Îmbunătăţirea dialogului

Bromberg (1998b) a descris psihoterapia ca fiind un proces care permite pacienţilor să se schimbe, rămânând în acelaşi timp aceiaşi. În acelaşi context, Friedman (1988) a sugerat că noi, ca terapeuţi, trebuie să ne acceptăm pacienţii în propriii lor termeni, refuzând totuşi, în acelaşi timp, să ne limităm la asta. Mişcarea unui astfel de echilibru necesită din partea noastră asumarea faptului că pacienţii noştri sunt capabili de ceva mai multe sentimente, atenţie, conexiune sau iniţiativă decât cred ei că pot. Dacă te aştepţi la prea puţin, pacientul poate simţi că speranţele lui au fost înşelate; dacă te aştepţi la prea mult, pacientul va simţi că vulnerabilităţile lui au fost nerecunoscute.

Îmbunătăţirea dialogului terapeutic spre niveluri mai înalte de conştientizare şi complexitate necesită ceea ce în psihologia dezvoltării se numeşte „suport". Părinţii, de exemplu, asigură un „suport" pentru capacitatea aflată la început a copilului lor pentru limbaj, vorbind în numele lui înainte ca acesta să dobândească cuvintele pentru a-şi putea descrie experienţa şi mai târziu încurajându-l să-şi folosească „propriile cuvinte".

În acelaşi mod, terapeuţii pot asigura un „suport" pentru capacităţile abia dezvoltate ale pacientului de a simţi, reflecta, de a iniţia şi aşa mai departe. În practică acest lucru necesită câteodată să vorbim în numele pacientului, prin verbalizarea sentimentelor lui neverbalizate sau nerecunoscute. Altă dată, este nevoie de o tăcere receptivă din partea noastră pentru a face loc pacientului să simtă sau să simtă şi mai în profunzime. În anumite momente, avem nevoie să ducem dialogul la un nivel mult mai deschis emoţional înaintând primii sau exprimând propriile sentimente.

Pentru a ajuta la „aprinderea" capacităţii reflexive, de obicei trebuie să vorbim despre stările mentale care stau la baza experienţei pacientului şi,

câteodată, despre cât de greu îi este pacientului să ia în considerare experiența sa în acest mod. De asemenea, dorim să-l lăsăm pe pacient să participe la eforturile noastre de a da un sens experienței: pe parcursul procesului, „modelăm" mentalizarea. Pentru a întări capacitatea pentru acțiune sau inițiativă trebuie să fim atenți atât la ceea ce pacientul vrea pentru el (înăuntrul sau în afara terapiei), cât și la dificultățile de a ști și de a pune în funcțiune ceea ce vrea. Putem, de asemenea, decide să ne împărtășim dilema legată de modul în care să facilităm în mod activ inițiativa pacientului, fără să o uzurpăm implicit prin activitatea noastră.

Una dintre cele mai eficiente modalități de a îmbunătăți dialogul este prin a face dialogul însuși tema discuției. A avea o „conversație despre conversație" reprezintă o versiune *inter*personală a unei dezvoltări *intra*personale pe care noi sperăm să o promovăm la toți pacienții noștri — și anume dezvoltarea mentalizării. Amintiți-vă că aici mediul este mesajul: prin facilitarea unui dialog metacomunicativ — adică comunicarea despre comunicare — putem, de asemenea, să favorizăm metacogniția, cunoscută ca fiind gândirea despre gândire. Pe pacienții care sunt mult prea prinși în experiența lor acest tip de dialog îi ajută să deschidă ușa către o reflecție mai profundă și mai orientată emoțional.

Luați în considerare, pentru ilustrare, pacientul despre care am discutat anterior, căruia i-am sugerat spontan (dar mult prea determinat) „să încerce o psihoterapie". Reușind să repar relativ ruptura determinată de remarca mea, ne-am reîntors în următoarea ședință la „scena crimei".

> Randall este uimit de faptul că pare să „vâneze respingerea", ca și cum ar vrea să-și confirme neîncrederea, care face să-i fie atât de greu să fie el însuși în întâlnirile cu ceilalți. I-am spus că pare să fie apăsat de aceeași neîncredere și aici, și i-am reamintit de reticența lui inițială de a-mi spune despre dezamăgirea lui, de senzația că m-am retras și frica lui că aș fi furios. Un pic exasperat, a spus:
> — Deci ce ar trebui să fac? Să întreb ce se întâmplă cu tine? Să-ți spun că nu faci bine ce faci? Tu ești expertul aici. Sunt sigur că te-ai supăra.
> I-am răspuns că, dată fiind această așteptare din partea lui, pot să înțeleg ușurarea și aprecierea lui de săptămâna trecută față de disponibilitatea mea de a-mi asuma rolul pe care-l am în dificultățile create între noi doi. A spus că acest tip de deschidere a fost unul dintre cele mai pline de înțeles aspecte ale experienței lui cu mine, aproape de la început. De fiecare dată când am fost dispus să-mi asum partea mea, a fost surprins și mișcat de acest lucru.
> — Observi, i-am spus, că deși ai avut aceeași experiență emoțională cu mine de nenumărate ori, totuși întotdeauna vine ca o surpriză? Este ca și cum te conectezi la experiență și te simți mai încrezător, dar numai pentru moment. Și data următoare când ceva te deranjează cu adevărat, ceva nu îți place sau vrei ceva de la mine și nu primești, îți este foarte greu să-mi comunici acest lucru.
> După o pauză destul de lungă, a spus:
> — Nu mi-a trecut niciodată prin cap să spun ceva. Totul este automat, nu-mi pun întrebări. Este ca și cum aș avea un șanț de apărare în jurul meu. Nu ies din spatele zidurilor pentru că simt că ceilalți oameni ar putea fi periculoși. Dar poate acest lucru face parte chiar din vânătoarea respingerii, de care îți spuneam mai devreme, ca și cum nu vreau să iau în considerare răspunsul tău, deci acesta nu rămâne stabil, întotdeauna este o mare surpriză. Mă gândesc că dacă tu sau altcineva ar ține la mine cu adevărat și ar părea sigur, ar fi ca și cum nu aș ști ce să fac cu asta.

Conversația despre conversație — despre ce este inclus sau exclus — facilitează schimbarea regulilor și modelelor interne ale pacientului, permițându-i mai mult decât o singură perspectivă asupra experienței. (Aceasta este, desigur, esența unei atitudini reflexive care face posibilă o mai mare libertate nu numai pentru a reflecta, ci și de a simți sau de a ne conecta.) Permițând pacientului să fie în două locuri în același timp — atât înăuntrul experienței, ca participant, cât și în afara ei, ca observator —, astfel de conversații îmbunătățesc dialogul, ducându-l spre noi niveluri de conștientizare și complexitate.

A fi dispus la implicare și luptă

Câteodată, un copil are nevoie invariabil de un părinte căruia să i se împotrivească, un părinte care să asigure structura de care copilul are

nevoie și invariabil, pe măsură ce copilul crește, părintele trebuie să slăbească structura și să permită mai multă inițiativă copilului. Același lucru poate fi spus și despre nevoile pacientului în raport cu terapeutul.

Trebuie să înțelegem că în anumite momente pacienții noștri au nevoie mai mult de confruntare decât de empatie. În măsura în care această înțelegere este împotriva firii pentru mulți dintre noi, ne poate fi de ajutor să ne aducem aminte că relația terapeutică este, de asemenea, o relație *reală*: așa cum nu aprobăm cu bună știință un comportament distructiv în celelalte relații ale noastre, cu siguranță nu vrem să facem acest lucru în relația cu pacienții noștri. A accepta pacientul nu este în niciun fel în dezacord cu adoptarea unei atitudini împotriva comportamentului său autodistructiv, în interiorul sau în exteriorul terapiei.

M-am luptat ani de zile cu un pacient suicidar cronic, pur și simplu doar ca să-l țin în viață. După mult prea multe apeluri chinuitoare, multiple spitalizări și stabilirea unei structuri prin limite dificile de pus care părea, în sfârșit, să facă posibil un progres real, l-am ascultat pe pacient spunându-mi că, într-adevăr, structura pe care o stabilisem era importantă, că într-adevăr ne aflam într-o poziție din care puteam progresa, dar că trebuie să știu un lucru: în cele din urmă tot *s-ar* sinucide. Auzind cuvintele pacientului, am răbufnit. Versiunea corectată:

— Poți să vorbești despre suicid cât vrei, dar refuz să-l ții drept amenințare deasupra capului meu! *Nu ai* o boală terminală și nu voi semna niciodată ca să-ți asigur îngrijire într-un azil.

Auzindu-mă, pacientul s-a liniștit, părea ușurat și chiar recunoscător pentru furia mea. Apoi mi-a spus încă o dată, așa cum o făcuse și înainte, că are nevoie ca eu să fiu mai „mare" decât este el. Nu mai este nevoie să spun că răspunsul meu furios față de acest pacient a fost nepremeditat și nu îl recomand ca tehnică. Dar ilustrează cum responsivitatea noastră acordată poate lua forme neașteptate.

În parteneriatul intim care este psihoterapia, disponibilitatea noastră de a ne lupta servește nu numai la protecția ambilor parteneri, ci și pentru a face loc protestului și furiei pacientului. O astfel de implicare activă ajută la evitarea capcanei la care un pacient de-al meu a făcut aluzie delicat: „Cum pot să fiu eu rău dacă tu ești așa de drăguț?" Terapeutul care stabilește limitele sau în mod spontan își exprimă neplăcerea față de comportamentul pacientului *poate* da pacientului un context în care să-și dezvolte sentimentul că poate fi separat într-o relație, menținând totuși conectarea.

În zorii unor astfel de momente potențial neliniștitoare, ceea ce va fi decisiv este gradul de „potrivire" sau înțelegere intersubiectivă între parteneri, care poate fi obținut în final. Evenimentul în sine — să spunem exprimarea furiei de către pacient și/sau terapeut — este un lucru, în timp ce procesul prin care sensul lui se conturează este altceva. De obicei această urmare consolidează valoarea terapeutică a evenimentului — în special atunci când procesul implică negociere, care poate atenua sentimentele dure și poate restaura sentimentul de legătură sau alianță dintre cei doi parteneri. Observați sinergia dintre câteva aspecte-cheie ale „comunicării colaborative": implicarea activă este favorabilă atât unui dialog incluziv, cât și secvențelor de ruptură și reparare.

Nevoia de a ne lupta și de a asigura în mod activ structura poate fi deosebit de pronunțată cu pacienții care pot fi descriși ca fiind dezorganizați sau cu probleme nerezolvate în raport cu o traumă. Totuși, devreme în tratament, după cum urmează să vedem, aproape fiecare pacient beneficiază de asigurarea de către terapeut a unui minim de structură.

Inițierea pacientului în psihoterapie

Lyons-Ruth (1999) sugerează că dialogul colaborativ presupune „cunoașterea minții celuilalt și luarea ei în considerare în structurarea și reglarea interacțiunilor" (p. 583). Pentru a lua în considerare mintea pacienților noștri, trebuie să presupunem că majoritatea dintre ei necesită o orientare în raport cu regulile și rolurile nefamiliare din psihoterapie. Inițierea pacienților noștri implică un proces prin care îi ajutăm să se implice în mod activ într-o relație care nu poate reuși fără colaborarea lor. Mare parte din această inițiere se desfășoară, bineînțeles, în mod implicit. Dar menținerea unui mister în jurul structurii terapiei îi face pacientului un deserviciu. Pentru a facilita colaborarea trebuie să fim expliciți cu privire la ceea ce așteptăm noi de la ei și la ceea ce pot ei să aștepte de la noi. Relația terapeutică este una unică, fără un corespondent în interacțiunile sociale obișnuite și de aceea terapeutul trebuie să-și asume responsabilitatea de „a-l instrui" pe pacient cum să folosească cel mai bine această relație.

În prima oră, în general, încep prin a-i întreba pe pacienții noi la ce se eaptă de la acest tip de conversație cu un terapeut. Apoi, dacă se pare vom continua tratamentul, de obicei adaug că probabil va fi nevoie de ieva ședințe pentru a clarifica exact ceea ce vom lucra împreună. Ca te- peuți, adesea trebuie să mergem pe o linie îngustă între a accepta sco- irile pacientului (sau definiția problemei) ca fiind și ale noastre și a im- ine scopurile noastre (sau modul în care definim problema) pacientului. exemplu, un pacient care respinge vrea să îl ajutăm să devină mai au- uficient, în timp ce noi credem că ar fi mai bine pentru el să se bazeze sine într-un mod mai puțin compulsiv.

În ședințele ulterioare, în special atunci când pacienții se simt nesiguri ță de modul în care ar trebui să folosească cel mai bine timpul petrecut mine, le sugerez să-mi spună tot ce le vine în minte, dacă pare relevant opurilor terapeutice pe care le-am identificat. O astfel de comunicare și tele de acest fel au scopul de a-l informa pe pacient despre așteptările ele și despre cum cred că putem lucra cel mai eficient împreună. Cu pri- re la ceea ce pacienții pot aștepta de la mine, comunicarea mea este atât nplicită, cât și explicită. Pe lângă ceea ce exprim implicit, prin calitatea sponsivității mele, de obicei încerc să fiu și explicit cu privire la ceea ce ed că fac împreună cu ei și de ce. O astfel de explicație poate fi de folos ajorității pacienților, dar este esențială pentru cei care sunt atașați nese- irizant sau nu au rezolvat o traumă sau o pierdere, pentru că ei au ade- a dificultăți în a citi cu acuratețe intențiile celorlalți doar pe baza indi- ilor nonverbale ale acestora.

Motivul explorării relației terapeutice nu este aproape niciodată evi- ent pacienților noștri. Totuși, nevoia de a fi explicit despre modul în care concentrare a atenției asupra interacțiunilor lor cu terapeutul îi poate uta să-și atingă scopurile în tratament este adesea ignorată. Pentru ma- ritatea pacienților noștri, această modalitate vitală de lucru (în mod for- al descrisă ca analiză a transferului–contratransferului), pur și simplu, are sens, din moment ce, pe bună dreptate, ei sunt mult mai interesați investigheze relațiile pe care le au *în afara* terapiei. Astfel, dacă pacien- vor să facă mai mult decât să se supună pur și simplu conducerii noas- , trebuie să li se dea o explicație sau și mai bine o demonstrație a utili- ții acestei abordări.

Cel mai de dorit este să legăm problemele sau scopurile declarate de pacient de ceea ce se întâmplă în relația cu terapeutul. Iată un exemplu în acest sens:

> O pacientă mi-a spus în prima noastră ședință că relațiile ei cu bărbații întotdeauna s-au destrămat, așa cum spunea ea: „Nu am întâlnit niciodată un bărbat la care să nu găsesc defecte". Terapia precedentă începuse să-i dea câteva insight-uri despre acest tipar de devalorizare defensivă. La începutul terapiei, fără să fie surprinzător, a început să-mi găsească și mie defecte. Impresia ei era că eram prea rece și indiferent. A adăugat că acest lucru este neliniștitor pentru ea, privind înainte, pentru că „lupul își schimbă doar blana". În acel moment, i-am spus ceva de genul: „Sunt sigur că-ți aduci aminte că mi-ai spus că vrei să lucrezi cu un terapeut pentru a înțelege modul în care relaționezi cu bărbații. Pariez că dacă te uiți la ceea ce se întâmplă acum între noi doi *aici*, putem să găsim niște insight-uri despre ceea ce se întâmplă în relațiile tale cu bărbații. Spun asta pentru că *pari* să fii pe punctul de a repeta cu mine exact același tipar despre care zici că ți-a distrus relațiile cu ceilalți bărbați". Aceste vorbe i-au atras atenția, îndemnând-o la explorarea posibilelor asemănări dintre experiențele din afara terapiei și cele dinăuntrul acesteia. De asemenea, au ajutat-o să aprecieze faptul că dacă se concentrează asupra interacțiunii noastre, acest lucru ar ajuta-o să devină conștientă de aspecte ale interacțiunilor sale cu bărbații, aspecte pe care nu a fost încă capabilă să le verbalizeze până acum.

Conversații ca aceasta, în general, trebuie să aibă loc de mai multe ori înainte ca pacienții să înceapă să colaboreze pe deplin cu noi pentru a folosi punerile în act din transfer–contratransfer care iau naștere în fiecare relație terapeutică. De obicei, terapeutul este cel care trebuie să preia conducerea în atragerea atenției asupra interacțiunii prezente. În momentul în care pacientul ia el primul inițiativa explorării experienței relației în aici-și-acum, inclusiv percepția acestei relații și sentimentele față de terapeut, acesta este un indicator al unei colaborări reale.

Atunci când îl inițiem pe pacient în acest fel, stabilim, de asemenea, ca-rul pentru o abordare eficientă a unor evenimente specifice în cadrul rela-al terapeutice, evenimente care au rămas în tăcere în cadrul atașamentului.

eparările, întreruperile și încheierea terapiei

Separarea și pierderea sunt la fel de centrale în teoria lui Bowlby ca ata-amentul. De fapt, nevoia de a înțelege impactul major al experiențelor de eparare și pierdere ale copilului asupra dezvoltării sale a fost cea care a ondus la formularea inițială a teoriei atașamentului. Considerând că ata-amentul este vital supraviețuirii emoționale și fizice a copilului, pierde-ea figurii de atașament — inclusiv pierderea temporară pe care o repre-intă separarea — poate fi văzută ca trauma prototip a atașamentului. De ceea, în noua relație de atașament a pacientului evenimentele care impli-ă pierderea temută, reală sau anticipată a terapeutului, temporară sau ermanentă, de obicei vor epoca sentimente — sau mecanisme de apăra-e împotriva sentimentelor — care sunt în mod direct legate de istoria de tașament a pacientului.

Atunci când dezvoltarea a fost tulburată de o pierdere sau traumă care rămas nerezolvată, pacientul va reacționa la vacanța terapeutului, de xemplu, ca la o amenințare catastrofală. Unul dintre pacienții mei, plin e energie și resurse, dar foarte autodistructiv, a devenit paranoic și, pen-ru scurt timp, suicidar, prima dată când vacanța mea de vară ne-a între-upt activitatea. La fel ca mulți dintre pacienții cu un istoric de pierdere ără soluție, nu putea să facă diferența cu ușurință între o separare tem-orară și un abandon ireversibil. Așa cum frecvent este cazul cu astfel de acienți, progresul în terapia acestui pacient a fost semnalat de o reduce-e graduală a distresului său față de separările noastre. Încet, a început să ealizeze că o pauză în relația noastră nu era același lucru cu ruperea aces-eia, iar faptul că voiam o vacanță nu era același lucru cu a vrea să mă în-depărtez de *el*.

Un astfel de progres se sprijină în special pe capacitatea terapeutului de face loc răspunsurilor pacientului la pierdere, atunci când ele sunt evo-ate de separare, inclusiv chiar și atunci când separarea apare la sfârșitul edinței. Atenția acordată impactului separării facilitează acel dialog inclu-iv care face posibilă integrarea. Lucrul cu separarea este, de asemenea, o modalitate de a asigura faptul că întreruperile din cadrul relației sunt re-parate. În sfârșit, făcând față eficient reacțiilor față de separare contribuim la încrederea pacientului în relație ca o bază de siguranță.

Destul de frecvent, un pacient va reacționa puternic față de o separa-re, fără să-și dea seama că această reacție a fost, de fapt, declanșată de se-parare. Adesea, doar prin intermediul focalizării noastre persistente asu-pra răspunsurilor caracteristice la pauze poate fi clarificată semnificația acestor răspunsuri. Dar, bineînțeles, nu este doar o problemă de semnifi-cație. Atunci când facem loc reacțiilor pacientului și îi răspundem într-un mod acordat, facem posibilă o nouă experiență. Nu pierderea sau trauma *per se* se finalizează cu un atașament dezorganizat, ci mai degrabă pierde-rea sau trauma care nu a fost niciodată rezolvată. Atunci când lucrăm cu reacțiile pacientului față de o potențială traumă a unei *noi* pierderi — re-prezentată, să spunem, de concediul terapeutului —, creștem probabilita-tea ca pacientul, în loc să fie din nou traumatizat, să aibă o experiență vin-decătoare de soluționare.

Mulți dintre pacienții noștri, cum este cel a cărui experiență v-am de-scris-o mai devreme, au suferit în copilărie exact același tip de pierdere gravă pe care cercetătorii îl asociază cu o stare mentală fără soluție cu pri-vire la atașament. Totuși, pierderea de un tip diferit, mai puțin dezorga-nizant, este o trăsătură a istoriei majorității pacienților noștri, majoritate pe care o putem descrie ca fiind atașată insecurizant.

Pentru a asigura aici un context, amintiți-vă de copiii mici care suferă separări prelungite de părinții lor și care prezintă o secvență caracteris-tică de reacții (Bowlby, 1969/1982). Prima reacție este *protestul* — expri-mat în mod activ, cu ochii în lacrimi, cu furie, ca și când intensitatea mar-cată a distresului copilului ar putea aduce întoarcerea părintelui. Apoi urmează *disperarea*: pe măsură ce speranțele devin deșarte, copilul, deși încă în lacrimi, devine din ce în ce mai tăcut și inactiv, ca și cum ar fi într-o stare de profund doliu. În sfârșit, în timp ce speranțele dispar, dis-perarea trece spre *detașare*: copilul, în ciuda unei sociabilități superficia-le și chiar a unei veselii, este retras, părând să-și fi pierdut de tot intere-sul față de părintele a cărui absență a fost atât de recentă și atât de dureros jelită.

Protestul, disperarea și detașarea sunt fazele unui răspuns la o pier-dere dramatică, care poate fi descris ca acută. Pierderile mai puțin drama-

...e care au loc în experiența multor pacienți nesecurizant atașați sunt ...onice.

Adesea descoperim că adulții cu un stil de atașament preocupat anxios ... crescut cu părinți care erau responsivi în mod imprevizibil — în mod ...ternativ prezenți sau absenți, moderat acordați sau excesiv de neacor...ați. Astfel, acești adulți au trăit când erau copii pierderea repetată a fi...urii de atașament (disponibilă și acordată). Atunci și acum, comporta...mentul lor în relațiile de atașament — inclusiv cea cu terapeutul — reflectă ...ica lor de o astfel de pierdere. Ca și copilul din faza de protest, sunt foar... emoționali, atât ca reacție la amenințarea pierderii, cât și ca strategie ...entru a o evita. Acești pacienți nu au nevoie din partea noastră nici să ...ecem ușor cu vederea emoționalitatea lor ca fiind manipulare, nici să fim ...escentrați de aceasta. Trebuie să facem loc protestului lor — lacrimilor și ...iriei lor — fără să validăm sentimentul lor că, dacă rămân singuri, sunt ...neajutorați.

Dimpotrivă, adulții care resping se comportă asemenea copiilor din faza ...e detașare a secvenței lui Bowlby. Cercetările sugerează că adulți ca aceș...ia au avut frecvent părinți distanți emoțional, care au respins inițiativele ...r timpurii pentru confort sau conectare, ca și cum când erau copii nu au ...vut niciodată voie să se comporte ca niște bebeluși. Detașarea adulților ...are resping de ceilalți, cât și de propriile sentimente este, astfel, un răs...uns la lipsa lor de speranță că cineva are grijă de ei; de asemenea, asigu...ă protecție atât față de pierderile posibile din prezent, cât și față de triste...ea pierderii din trecut. Pacienții care resping au nevoie de noi să îi ajutăm ...ă se conecteze la nevoile pe care le minimalizează și la sentimentele pe ...are le evită.

În general, pierderile prezente evocă ecouri ale pierderilor din trecut. Pen...tru pacientul din psihoterapie, fiecare pauză din continuitatea relației este ...n potențial factor declanșator pentru sentimente mai vechi și mecanisme ...e apărare mai vechi — și o oportunitate potențială de a ne adresa proble...melor nerezolvate din jurul separării și al atașamentului. În funcție de sta...rea lor mentală predominantă cu privire la atașament, pacienții noștri tind ...ă reacționeze la separare în diverse moduri — ca și noi. Pacienții și terape...ții aflați într-o stare mentală preocupată devin adesea anxioși în jurul mo...mentului separării, în timp ce aceia care resping, în general, răspund ca și ...um ar fi ceva nesemnificativ. Așa cum am menționat, adulții fără soluție cu privire la atașament pot deveni dezorganizați sau dezorientați în fața separării. Este foarte important să fim conștienți de răspunsurile noastre caracteristice la separare, ca nu cumva să riscăm să repetăm cu pacienții noștri scenarii problematice cu care ei (și noi) sunt deja mult prea familiarizați. De exemplu, un terapeut care respinge poate să „concluzioneze" cu un pacient care respinge, tratând separarea ca fiind ceva nesemnificativ — ceea ce este echivalent cu a afirma că atașamentul în sine este nesemnificativ.

Cea mai importantă separare în psihoterapie apare, bineînțeles, odată cu terminarea acesteia. Deși pacienții se pot întoarce (și adesea fac acest lucru) după terminarea terapiei, încheierea tratamentului este, invariabil, un proces cu o semnificație emoțională enormă și potențial terapeutic. Ideea de a termina noua relație de atașament pe care terapia a asigurat-o poate afecta profund — dureros și amar — experiența. Astfel, terminarea terapiei asigură o oportunitate extinsă de a revizui și de a rezolva în continuare problemele prezente și trecute ale pacientului din jurul atașamentului și al pierderii. Nu mai este nevoie să spunem că încheierea implică nu numai o privire în urmă plină de încărcătură emoțională, ci și posibilitatea de a spune „la revedere" într-un mod care să fie complet și pe deplin simțit ca posibil.

Voi avea mai multe de spus despre diferitele categorii de atașament în capitolele următoare, dar aici sunt câteva generalizări care se leagă direct de procesul încheierii terapiei: pacienții preocupați, cu frica lor de abandon și neajutorarea lor exagerată, au nevoie de terapeut pentru a structura finalul terapiei, la momentul potrivit — și a face loc protestului ulterior al pacientului. Pacienții care resping, care își evită sentimentele și minimalizează importanța relației au nevoie de terapeut „să blocheze ușa" pentru a face loc experienței emoționale de care pacientul se teme, dar și-o și dorește. Pacienții fără soluție care pot fi distruși de pierdere și, în același timp, terifiați de a fi singuri au nevoie de terapeut ca să stabilească o încheiere extinsă în timp, în care pot pleca „prematur", știind că pot (și foarte probabil și fac acest lucru) să se întoarcă în tratament atunci când simt că este necesar și tolerabil să facă acest lucru.

Evaluarea stării mentale a pacientului cu privire la atașament

Recunoașterea stării mentale prevalente a pacientului cu privire la atașament poate ajuta terapeutul să identifice care sunt principiile orga-

nizatorice primare sau metaforele călăuzitoare care dau forma caracteristică nu numai relațiilor pacientului, ci și fațetelor variate ale sinelui acestuia.

Să luăm în considerare, spre exemplu, un pacient cu un stil de atașament evitant. Crescând alături de niște părinți distanți emoțional care l-au respins și/sau l-au controlat, acest pacient își face singur (și le face celor-alți) același lucru. El are tendința să fie în relații cel care respinge, păstrează distanța și încearcă să controleze. El respinge, ține departe și încearcă să-și controleze sentimentele. Inițial, simțind scopurile și dorințele sale ca fiindu-i proprii, foarte ușor poate să ajungă să se simtă controlat de către acestea și astfel, în consecință, tentat să le respingă. Pe scurt, nu este în contact cu sine și cu alții, la fel cum părinții lui nu erau în contact cu el. Metafora călăuzitoare aici este autoizolarea pentru a evita să fie respins sau controlat.

Identificarea stării mentale a pacientului cu privire la atașament îi dă terapeutului posibilitatea (într-un mod provizoriu și experimental) de a-și imagina copilăria pacientului și de a face presupuneri informate despre relațiile formatoare ale pacientului. Ce fel de sentimente, dorințe, gânduri și comportamente ar fi putut conține aceste relații? Ce a trebuit pacientul să nege sau să suprime? Ce fel de strategii relaționale sau de reglare a afectelor a fost nevoie să adopte pacientul pentru a putea menține legătura de atașament? Răspunsul la astfel de întrebări ne ajută să stabilim ce are nevoie pacientul de la noi. Recunoașterea sentimentelor, dorințelor și abilităților pe care pacientul a trebuit să le nege sau să le inhibe ne ajută să clarificăm tipul de responsivitate pe care am putea încerca să o asigurăm.

Există o varietate de moduri pentru a identifica tiparul (tiparele) de atașament predominant al unui pacient. Pacienții, în general, „simt" în mod diferit, în funcție de starea lor mentală cu privire la atașament — și avem tendința, în mod corespunzător, să „simțim" diferit atunci când suntem cu ei. Mai mult, categoriile diagnostice familiare și ușor de recunoscut (obsesivă, isterică, borderline etc.) tind să se potrivească destul de bine cu clasificările atașamentului. Totuși, cele mai valoroase indicii pentru identificarea tiparelor de atașament ale pacienților noștri vin de la interviul de atașament al adultului.

Evaluarea clinică și IAA

Deși IAA este un instrument de cercetare, este structurat foarte mult ca un interviu clinic. Atunci când se urmărește să se tragă concluzii din narațiunea IAA a unui subiect, accentul se pune mai degrabă pe proces și pe formă, și nu pe conținut — la fel cum s-ar întâmpla în prima ședință cu un pacient. Conținutul rostit nu este nici pe departe irelevant, dar principalul scop al evaluării în cercetarea IAA și în psihoterapie este de a surprinde aspecte ale persoanei care *nu pot* fi rostite direct. Acest lucru se întâmplă pentru că „starea mentală cu privire la atașament" (Main, 1995, p. 437) este produsul modelelor interne de lucru și al regulilor pe care le cuprind, care sunt în mare parte inconștiente și implicite. Atunci, ceea ce se dovedește a fi cel mai revelator nu este ceea ce cineva ne poate *spune* explicit, ci ceea ce în mod implicit ne *arată* prin modul său de discurs (Main, 2000).

Prin intermediul cercetării IAA care a fost repetată de nenumărate ori Main a demonstrat că discursul coerent și colaborativ reflectă modele de lucru sigure și că discursul deteriorat de incoerență, irelevanță și/sau erori de raționament reflectă modele de lucru care sunt nesigure sau dezorganizate. Descoperirea faptului că *discursul* unui individ despre atașament reflectă modelele de lucru interne ale atașamentului său este direct aplicabilă în evaluarea clinică în cadrul terapiei. Împreună cu ceea ce pacienții evocă în noi, trec la act cu noi și încorporează, *modul* în care aceștia folosesc cuvintele scoate la iveală, în mod paradoxal, aspecte ale experienței care nu pot fi puse în cuvinte.

Pacientul este, prin definiție, cineva al cărui distres l-a adus pentru a fi ajutat în fața altcuiva, care se presupune că este mai puternic și mai înțelept. Astfel, prima sau primele două ședințe de psihoterapie (la fel ca situația străină și IAA) reprezintă un context menit să activeze comportamentul de atașament sau mecanismele de apărare împotriva acestui comportament. Probabil de la primul telefon și cu siguranță de la prima trecere peste pragul cabinetului terapeutului, pacientul începe să ne arate modalitățile sale caracteristice de atașament. Este deosebit de revelator să ascultăm felul în care pacientul ne vorbește, dat fiind faptul că cercetarea folosind IAA a codificat modalitățile diferite prin care adulții siguri,

care resping, preocupați sau fără soluție tind să comunice în legătură cu atașamentul.

Cât de coerentă este comunicarea pacientului? Și cât de colaborativă este ea? Pentru a identifica starea mentală a pacientului cu privire la atașament, acestea sunt întrebările-cheie pe care trebuie să le avem în minte atunci când ascultăm. După ce ne luăm indiciile din IAA, trebuie să urmărim patru aspecte ale discursului pacientului pe care Main — urmându-l pe filosoful Paul Grice (1989) — le-a numit calitate, cantitate, relație și manieră.

În ceea ce privește *calitatea*, problema este cea a adevărului spus de pacient: are el dovezi pentru ceea ce spune? Sau avem impresia că afirmațiile pacientului nu sunt susținute sau sunt contrazise de ceea ce spune mai târziu?

În ceea ce privește *cantitatea*, pacientul poate fi succint, dar complet în comunicarea sa? Sau ne simțim copleșiți de detalii neesențiale sau ne simțim lăsați fără niciun fel de indicii de răspunsurile concise ale pacientului la întrebările noastre?

În privința *relației*, poate pacientul să vorbească relevant despre subiect? Acesta este un alt mod de a ne întreba dacă pacientul poate să se racordeze la propria sa experiență, ținând totuși minte întrebările noastre.

În sfârșit, în ceea ce privește *maniera*, poate pacientul comunica într-un mod clar și ordonat? Sau pacientul este vag, confuz sau confuzant sau/și ilogic?

În general, pacienții care au siguranță pot comunica sincer și succint, rămânând în același timp relevanți și clari. Ei pot vorbi cu atenție și cu un afect viu despre experiențele emoționale evocatoare. Ei par capabili, chiar și atunci când sunt absorbiți de sentimente puternice, să rămână conectați la terapeut și într-o stare meditativă în raport cu scopul conversației.

În schimb, pacienții care resping au dificultăți în a fi coerenți și colaborativi. În particular, ei au probleme în a spune adevărul: adesea nu reușesc să susțină și câteodată chiar contrazic ceea ce au afirmat. Ei sunt, de asemenea, mult prea succinți și au foarte puțin de spus despre experiențele legate de atașament, adesea explicând, pur și simplu, că nu își amintesc. Foarte probabil că insistența asupra lipsei amintirilor este legată de contextul relațional în care obiceiurile lor de reprezentare se dezvoltă: pentru a menține cel mai bun atașament posibil, le-a fost de folos să nu fie conștienți și să nu-și amintească de dorințele, sentimentele sau experiențele legate de nevoia de legătură cu ceilalți.

În mod corespunzător, pacienții care resping au puține de spus despre dificultățile care i-au adus la terapie; comunicarea acestor dificultăți riscă să activeze sistemul de atașament. Susținând descoperirea faptului că transcrierile IAA ale adulților care resping tind să fie cele mai scurte, aceștia au adesea momente de tăcere și lasă terapeutul să umple restul timpului.

Comunicarea pacienților preocupați se prezintă, în mare parte, complet invers: ei pot spune adevărul, dar sunt rareori succinți, relevanți sau clari. Sentimentele lor intense și deranjante, în special legate de atașamentele din trecut, adesea contribuie la un discurs care poate fi tangențial, vag și greu de urmărit. Ca și cum presiunea distresului lor le copleșește capacitatea de a colabora, acești pacienți au mari dificultăți în a rămâne la subiectul despre care sunt întrebați. Astfel, ședința poate să se încheie înainte ca ei să poată ajunge la punctul important al istorisirii. Întrebați despre relațiile din copilărie, ei pot să discute despre cele de acum — sau viceversa. Vechile sentimente de furie, frică sau neajutorare în legătură cu părinții par să se reverse în relațiile prezente, inclusiv în cea cu terapeutul.

Nu cu mult timp în urmă, am primit de la o pacientă preocupată un mesaj telefonic aproape interminabil, care s-a sfârșit doar când timpul acordat înregistrării de robotul telefonic s-a terminat. Pacienta a început să vorbească pe un ton foarte „adult", dar treptat a trecut spre ceea ce suna ca vocea disperată a unei fetițe nefericite. Atât de preocupată era această pacientă de atașamentul fără soluție din trecutul său încât a putut să alunece în prezent într-un mod de relaționare asemănător cu cel al unui copil mic care își imploră disperat tatăl neresponsiv să-i acorde ajutor.

Așa cum sugerează acest exemplu, stările mentale de preocupare se suprapun câteodată peste cele fără soluție, în special în felul în care absorbirea în evenimentele deranjante din trecut poate colora comunicarea din prezent. Comunicarea acestor pacienți este marcată de ceea ce Main (1995) a numit „goluri în monitorizarea raționamentului sau discursului" (p. 442). Atunci când atinge teme ale atașamentului, ale traumei sau pierderii, discursul acestor pacienți se poate detașa imediat de înțelegerea obișnuită a spațiului, a timpului și a cauzalității. Pacienta pe care v-am descris-o își făcea griji pentru faptul că mama sa a murit pentru că ea nu se mai gândise

mamă; un alt pacient vorbea despre tatăl său care murise cu mult timp urmă ca și cum acesta ar fi fost încă în viață.

Golurile în discurs pot fi reflectate și de schimbări relativ surprinzătoare ale tonului vocii pacientului sau comportamente de tipul celor care sugerează că pacientul a intrat într-o stare de conștiență diferită și disociată. Într-adevăr, disocierea este o trăsătură frecventă a experienței pacienților fără soluție relativ la atașament. Pacientul poate părea brusc ...nător sau poate începe să vorbească pe un ton șoptit al vocii sau, începând să vorbească despre o experiență deranjantă, un pacient care stătea normal se poate acum întinde pe o parte pe canapea, cu fața spre terapeut sau fără să privească la terapeut.

În paginile care urmează mă voi concentra pe implicațiile terapeutice care decurg din recunoașterea faptului că starea mentală predominantă a pacientului cu privire la atașament este de respingere, preocupare sau fără soluție. În special, voi lua în considerare felul de relație pe care, în mod deliberat, încercăm să o facilităm pentru a integra aspecte ale experienței pacientului care au fost anterior renegate sau disociate.

Pacientul care respinge

De la izolare la intimitate

În termenii diagnostici convenționali, pacienții care resping par să aparțină unui continuum, cu cei obsesivi la un capăt și cei narcisici și schizoizi la celălalt capăt. Toți acești pacienți au probleme enorme în a avea încredere în ceilalți suficient de mult pentru a fi cu adevărat intimi cu ei, chiar dacă stabilesc relații pe termen lung. Ei nu sunt mai intimi nici cu ei înșiși. „Bazarea lor pe ei înșiși compulsivă" (Bowlby, 1969/1982) și supraestimarea defensivă a propriei valori necesită ca ei să rămână departe de orice fel de sentimente, gânduri sau dorințe care ar putea să-i determine să caute suport, legătură sau grijă din partea altora.

Totuși, ei nu își pot stinge definitiv nevoile de atașament dictate biologic. Adulții care resping pot susține în contextul IAA că simt că „totul este bine", dar măsurătorile fiziologice indică altceva — la fel cum copiii evitanți arată foarte puțin distres în situația străină, în timp ce bătăile inimii și hormonii de stres spun altceva (Fox & Card, 1999). În mod evident, pacienții noștri care resping sunt reticenți la a simți emoțiile care i-ar putea împinge să se conecteze mai profund cu ceilalți și sunt chiar și mai reticenți în a exprima aceste emoții. Totuși, doar prin stabilirea unei conexiuni emoționale cu acești pacienți putem să-i implicăm într-o relație care ar putea face posibilă schimbarea. Cheia aici este să urmărim afectul.

Trebuie să fim extrem de acordați la indiciile afective subtile ale pacientului care respinge, de obicei pe măsură ce acestea sunt comunicate prin intermediul corpului. Ce vedem în ochii pacientului? (Se uită în depărtare, posibil rușinat sau în jos, ca și cum ar fi trist? Ochii săi par umezi, ca și cum ar fi impresionat? Sunt pleoapele superioare ridicate, ca și cum ar avea o privire furioasă?) Ce observăm la maxilarele, gura sau sprâncenele

pacientului? Ce ar putea exprima postura sa? Ce putem să deducem din tonul vocii sale?

Probabil chiar și mai important decât atât, trebuie să ne acordăm la mișcările subtile ale propriei noastre stări psihobiologice, în timp ce stăm cu pacientul, pentru că adesea ceea ce pacienții sunt reticenți în a simți vor evoca fără să vrea în terapeuții lor. Schimbările experienței noastre interne sunt rareori nelegate de experiența emoțională a pacientului. Atenția către experiența noastră internă tinde să aibă cele mai bune rezultate când putem, în același timp, să ne permitem în mod deliberat să simțim și să nu fim prea preocupați cu ascunderea sentimentelor noastre. (Amintiți-vă cercetarea lui Ekman cum că adoptarea unei „fețe de poker" aplatizează nu numai exprimarea, ci și trăirea emoțiilor.) Aducerea în tratamentul pacientului care respinge a propriilor noastre sentimente îl poate ajuta pe acesta să înceapă să integreze propriile sentimente disociate.

Pentru ca psihoterapia să asigure baza de siguranță care face posibilă o astfel de integrare, terapeutul trebuie să conteze pentru pacient — și a permite terapeutului să conteze este, desigur, în contradicție cu strategia de dezactivare a pacientului care respinge care depinde de capacitatea de diminuare a importanței celorlalți. Astfel, principala provocare este de a-l face pe pacient capabil să permită terapeutului să conteze.

Adesea, un astfel de pacient începe tratamentul comportându-se ca și când terapeutul fie are puțin de oferit, fie reprezintă o amenințare care trebuie ținută în șah. Capcana aici este că, din cauza barierelor pacientului împotriva sentimentelor, acestuia îi este imposibil să simtă ceva pentru terapeut, în timp ce neînsemnătatea relativă a terapeutului pentru pacient reîntărește barierele împotriva acestor sentimente. Bineînțeles, aceasta este esența strategiei defensive a adultului care respinge în fața problemelor vieții în general.

Găsirea drumului prin această capcană necesită să echilibrăm acordarea empatică cu confruntarea. De obicei, pacienții au nevoie de prima pentru a putea simți că îi înțelegem. Adesea pacientul care respinge are nevoie de ultima pentru a simți că noi existăm — că avem un impact asupra lui și că el are un impact asupra noastră. Pentru a ajunge într-adevăr la pacientul care respinge trebuie să-l lăsăm pe pacient să afle cum să ajungă la noi.

Empatia și confruntarea

Atât acordarea empatică, cât și confruntarea sunt necesare scopului principal de a deschide pacientul mai mult către experiența sa emoțională. În ceea ce privește sentimentele, pacientul care respinge este în mare parte un sistem închis, el a învățat faptul că recunoașterea și exprimarea distresului vor avea ca rezultat cel mai probabil frustrarea sau și mai rău de atât.

Transpunerea în cuvinte a empatiei noastre pentru experiența pacientului poate diminua frica lui că îl controlăm sau că îl respingem, caz în care un astfel de răspuns ar fi liniștitor. Dar se poate întoarce împotriva noastră. Putem presupune că pacienții care resping știu puține în ceea ce privește empatia de la figurile lor de atașament din perioada când erau în creștere. Ca urmare, comunicarea noastră empatică poate fi „limba greacă" pentru ei; ei o pot înțelege ca un substitut patetic al unui ajutor „real" („Asta e tot ce ai de oferit?"); sau — pentru că empatia poate evoca amenințări multiple asociate apropierii și dependenței — ei pot fi în mod inconștient constrânși să o respingă.

Deși aproape invariabil folosesc empatia, crezând că ea asigură un fond continuu de siguranță esențial, pentru a mă putea conecta cu pacienții care resping la începutul tratamentului, este nevoie și de altceva decât doar de oglindire empatică și, din acest motiv, de ceva mai mult decât interpretare. Acel „ceva mai mult" este exprimarea deliberată sau spontană a experienței noastre subiective a ceea ce înseamnă să fii la capătul de recepție al comunicării pacientului. Asta este ceea ce eu numesc confruntare.

A lăsa pacientul în interiorul modului în care trăim relația înseamnă de obicei să dezvăluim ceva din ceea ce simțim, iar expunerea anumitor emoții poate fi deosebit de importantă cu pacienții care simt atât de puțin. Propria lor conștientizare este în mod sever restricționată de ceea ce nu își pot permite să simtă, să gândească sau să-și amintească. Experiențele lor preverbale sunt pierdute din memoria explicită, iar amintirile lor mai târziu nu au fost niciodată encodate datorită dezactivării în acești pacienți a emoțiilor puternice, care în mod normal „marchează" experiențele care merită să fie amintite.

Dar ceea ce acești pacienți nu pot accesa în interiorul lor pot fără îndoială să evoce în alții, inclusiv în terapeut. Astfel, experiența noastră

ubiectivă poate asigura o cale de acces la sentimentele, gândurile și amin-
:ile lor, altfel inaccesibile. Mai mult, din moment ce strategia defensivă
pacienților care resping compromite abilitatea lor de a empatiza și, în
ontinuare, blochează conștientizarea impactului lor asupra celorlalți, ex-
erlența noastră subiectivă poate fi o resursă vitală excepțională atunci
înd le este împărtășită.

Amintiți-vă de pacientul despre care am discutat în capitolul 8 — un
irector mai degrabă cu multă putere decât intelectual — cu care am de-
enit anxios, cântărindu-mi cu atenție cuvintele ca și când mă aflam în
ața amenințării unui proces. Când i-am dezvăluit această experiență lui
Gordon", el a rămas uimit. Era ca și cum dădeam voce experienței sale
e a se simți cumva în pericol — o experiență pentru care anterior îi lip-
eau cuvintele, dar care l-a împins către rezultate excepționale la locul de
muncă, pentru ca nu cumva să fie judecat sau atacat. Și-a adus aminte de
mama sa, o supraviețuitoare a Holocaustului, care presupune că ar fi an-
ios la serviciu („Probabil că ești singurul evreu de acolo"). Sentimentul
u de a fi în pericol părea să fie moștenirea istoriei mamei sale, rezulta-
il probabil al transmiterii între generații a traumei. Confruntarea pacien-
lor ca Gordon cu modul în care terapeutul trăiește relația cu ei are po-
nțialul atât de a-i conecta la propria lor experiență emoțională, cât și de
dezvălui ceva din impactul lor asupra celorlalți.

Câteodată, dar nu întotdeauna, confruntarea are acel fel de „limită" pe
are cuvântul îl aduce minții. Mai devreme am amintit de o pacientă des-
il de reticentă care într-una din primele ședințe a spus clar că găsește fie-
are cuvânt sau gest al înțelegerii mele acordate ca fiind complet nefolo-
itor. Față de deschiderile mele empatice, a răspuns ca și cum aș fi fost un
dversar, față de care devenea din ce în ce mai disprețuitoare. După mai
ine de 20 de minute de astfel de schimburi inutile și frustrante, i-am spus
acientei (fiind puțin la limită) că încep să mă simt exasperat, că acesta nu
ste răspunsul meu obișnuit față de ea și că trebuie să înțelegem exact ce
e întâmplă. Puțin luată prin surprindere, pacienta s-a adunat și a admis
ă relațiile sale de acasă și de la serviciu erau de obicei deteriorate de ten-
ința sa de a fi arțăgoasă și, câteodată, terorizantă.

Astfel de pacienți, în special (deși nu întotdeauna) la începutul trata-
mentului, sunt cu un picior înăuntru (dacă și acela) și cu unul afară. Ei par
ă fie „rezistenți" în sensul vechi, de problematic, al termenului — adică
par să funcționeze în opoziție cu terapeutul sau cu scopurile terapiei. Dar înțelegerea rezistenței aparente a pacientului care respinge ca formă de *comunicare* este mult mai de ajutor și mult mai adevărată pentru experiența pacientului. Fiind reticent, neimplicat și având controlul, acest pacient își exprimă astfel frica de apropiere sau de dependență. Așa cum cercetarea atașamentului evidențiază clar, pacienții care resping au ajuns la această frică într-un mod onest: în contextul istoriei lor de atașament, admiterea nevoii de ajutor poate fi resimțită ca o invitație la respingere sau o admitere umilitoare a insuficienței.

A avea nevoie de ajutor și a nu-l găsi reprezintă întotdeauna un risc, dar a primi acest ajutor poate reprezenta un risc și mai mare. Pentru că a te simți ajutat într-o relație semnificativă implică riscul de a destabiliza un model de lucru conștient dominant în care sinele este apreciat ca fiind puternic și complet, în timp ce celălalt este devalorizat ca fiind slab și dependent. Cel mai probabil este să-i ia locul modelul inconștient, de temut, în care sinele este neajutorat și vulnerabil, în timp ce celălalt îl respinge, îl controlează sau îl pedepsește; sub dominația acestui model, pacientul este pasibil de a se simți atât furios, cât și anxios. Mai mult, terapeutul este simțit ca fiind cineva care este dispus să ajute și care este capabil să ajute, ceea ce poate evoca o tristețe teribilă în raport cu figurile anterioare de atașament care au fost incapabile sau nu au fost dispuse să facă același lucru.

Psihoterapia îi forțează pe pacienții care resping activând implicit dependența lor de o nouă figură de atașament, al cărei ajutor nu este așteptat să fie de folos. Ca terapeuți, putem încerca să infirmăm această așteptare atunci când oscilăm între eforturile de a ne acorda cu experiența pacientului, pe de-o parte, și de a recunoaște — și câteodată de a dezvălui — propria noastră experiență, pe de altă parte. Probabil că trebuie clarificat aici că ceea ce par a fi două modele opuse de responsivitate aproape întotdeauna interacționează.

De fapt, eu sunt capabil să înțeleg și să empatizez cu pacientul în mare parte prin intermediul propriei mele experiențe și ținând cont de aceasta. Astfel, ocazional, voi face o remarcă preliminară, spunând pacientului că modul în care îl înțeleg derivă din experiențele mele, care pot (sau nu) să fie relevante pentru el. Mai mult, în procesul de autodezvăluire deliberată, de obicei mă simt mai acordat și mai apropiat de pacient. În schimb,

experiența de a empatiza cu pacientul și, câteodată, de a exprima această empatie în mod direct adesea mă face să mă cunosc mai bine și să mă conectez mai mult la mine însumi.

Interacțiunea terapeutică și pacientul care respinge

O exprimare autentică a subiectivității terapeutului poate fi necesară pentru ca pacientul care respinge să *simtă* prezența terapeutului, ca o persoană separată. Acest lucru este în special valabil atunci când pacientul a simțit că părinții săi sunt absenți emoțional sau îl resping, caz în care răspunsurile afective ale terapeutului pot fi reconfortante și liniștitoare. Chiar și atunci când pacientul s-a simțit mult prea controlat de către părinții săi și, în consecință, s-a retras în sine, poate fi important să simtă terapeutul ca fiind o ființă umană, câteodată vulnerabilă, care are capacitatea de a simți și de a exprima sentimente.

În special atunci când pacienții care resping sunt foarte distanți, ei au nevoie de stimulul sau încurajarea pentru a fi prezenți pe care exprimarea substanțială afectivă a subiectivității terapeutului o poate oferi; când pacienții sunt mult mai implicați și disponibili din punct de vedere emoțional, ei au nevoie de terapeut doar să le fie alături, așa cum sunt, pentru a-i ajuta să-și înțeleagă și să-și simtă mai profund experiența. Riscurile autodezvăluirii terapeutului sunt reale, dar la fel sunt și riscurile de a părea mult prea controlat sau rezervat — un ecran alb. Terapeuții în mod stereotip neutri sau „obiectivi" (în special cei cu un stil de atașament de respingere) pot ajunge să coluzioneze cu mecanismele de apărare ale unui pacient care respinge, reîntărind din greșeală izolarea emoțională care a împiedicat dezvoltarea pacientului.

Ideea nu este să dăm un baraj de onestitate, ci să comunicăm experiența noastră într-o formă folositoare pentru pacient. Normal că acest lucru poate fi o adevărată provocare câteodată. În timp ce pacientul care respinge poate reuși să rămână în afara contactului, cu multe dintre sentimentele sale, furia nu este inaccesibilă: spre deosebire de tristețe, furia ajută la producerea distanței. Așa cum este exprimată prin intermediul devalorizării deschise (sau ascunse) intrinsecă strategiei de dezactivare a pacientului, această furie adesea ajunge să provoace sentimente puternice în terapeut.

Ce fel de sentimente exact și cum vor fi ele exprimate depinde în mare parte de propriile noastre tipare de atașament. Terapeuții care tind să respingă pot deveni reci sau retrași, pot ajunge să controleze pacientul sau pot interpreta, adăugând insight leziunii, ca să zicem așa. Terapeuții preocupați de frica puternică de abandon vor găsi imposibil de ascuns cât de devastați se simt sau pot trece la furie intensă.

Ideal, suntem suficient de siguri pentru a exprima ceva din sentimentele noastre cu suficient de mult afect pentru a ajunge la pacient la un nivel emoțional. Evident, nu suntem (și nici nu ar trebui să fim) complet în control asupra emoțiilor care apar din interacțiunea noastră cu pacientul. Câteodată trecem pe lângă acestea, iar câteodată răspunsurile noastre oglindesc retragerea sau controlul expresiv al pacientului nostru. Faptul că putem recunoaște și înțelege tiparele caracteristice de transfer–contratransfer care sunt probabil să apară din interacțiunea noastră cu pacienții care resping nu reprezintă o garanție a unei responsivități optimale, dar poate fi de ajutor.

Trei astfel de tipare ies în evidență și fiecare pare să fie asociat cu o istorie oarecum diferită de atașament evitant. Unul dintre tipare apare la pacienții a căror primă linie de apărare este devalorizarea; al doilea apare cu pacienții care (inițial) idealizează și al treilea, la cei pentru care controlul este cuvântul la ordinea zilei. De obicei, trăim mai mult decât un singur tipar cu același pacient, dar la începutul tratamentului, unul dintre ele tinde să predomine; pentru că reprezintă prima linie de apărare a pacientului, adesea reiese la suprafață în timpul perioadelor dificile, atât înăuntrul, cât și în afara terapiei. Pentru că relația terapeutică este cocreată, propriile noastre caracteristici de atașament au un impact inevitabil asupra pacientului. Dacă avem nevoie să fim idealizați, de exemplu, este foarte probabil ca pacientul să preia conducerea prin idealizarea noastră.

Tiparul devalorizării

Adulții care resping din cupluri au fost descriși ca fiind (Goldbart & Wallin, 1996) „precauți la fuziune", iar aceia dintre ei care devalorizează, ca „precauți la fuziune care sabotează dragostea" (p. 93). În termeni diagnostici convenționali, acești pacienți tind să fie etichetați ca „narcisici". Frecvent, copiii părinților devalorizatori narcisic și defavorizanți au crescut

ntr-un deșert emoțional. Împrumutând mecanismele de apărare ale părinților lor, au învățat să se protejeze de dorințele neîmplinite și de frustrările enervante, gândind prea bine despre ei înșuși și prea rău despre ceilalți.

De-a lungul timpului totuși iluzia de a fi „speciali", care îi protejează și asigură confortul acestor pacienți, se dovedește a fi un substitut din ce în ce mai fals pentru dragoste. Totuși, intimitatea autentică riscă să expună sentimentele de dependență arzătoare și de furie pe care părinții lor nu le-au putut tolera. Astfel, răspunsul lor la o relație potențial intimă este înrudit cu cel al unui om flămând aflat la o petrecere, care își spune că mâncarea nu este suficient de bună și de aceea refuză să mănânce.

Ceea ce trebuie să reținem despre pacienții noștri care resping este că propaganda autogenerată despre perfecțiunea *lor* și despre imperfecțiunea *noastră* le asigură o protecție (destul de usturătoare) în fața rușinii. Oricât de vitală pare a fi această protecție la un nivel inconștient, este, de asemenea, autodistrugătoare și deci necesită atenție terapeutică.

Mult mai eficiente decât o focalizare directă asupra ostilității protectoare a pacientului sunt comentariile care subliniază dificultatea lor în a-i lăsa pe alții să conteze pentru ei. În terapie, această dificultate se reflectă în eforturile pacientului (adesea inconștiente) de a se asigura că terapeutul nu devine mult prea important pentru el. De exemplu, pus în fața unei iminente întreruperi în tratament, pacientul poate anula ședințe sau poate comenta despre banii pe care îi va economisi în absența terapeutului, ca și cum ar vrea să se liniștească cu privire la cât de puțin îi va lipsi terapeutul.

> După mai bine de un an cu un astfel de pacient, am comentat, în sfârșit, despre modul lui oarecum surprinzător de a fi și a termina ședința. La intrarea în cabinet, trecea cu pași mari pe lângă mine, dându-mi cecul fără să mă privească și adesea chiar închizând ochii pentru moment. La plecare, trecea la fel pe lângă mine, întorcându-se tăcut cu spatele, ca răspuns la obișnuitul „ai grijă de tine" sau „ne vedem data viitoare".
>
> Fără să menționez că adesea m-am simțit incomodat sau desconsiderat de comportamentul său, pur și simplu i l-am descris, sugerând că probabil are o semnificație. Auzind ceea ce am de spus, a părut inițial să încerce să-și normalizeze comportamentul, spunând că un fel de „crispare militară" este caracteristică majorității relațiilor sale profesionale. Pe măsură ce exploram experiența sa, totuși a devenit clar că nu se simțea confortabil cu dimensiunea „personală" a acestor relații.
>
> De exemplu, terapia era destinată să se termine, a subliniat el, și deci de ce și-ar permite să se implice prea personal sau prea mult? A admis că încrederea este o problemă și a continuat, spunând că probabil mama lui a asigurat modelul acestui comportament, precum și motivul pentru acesta. De obicei se retrăgea în dormitorul ei, fără cel mai mic gest sau fără niciun cuvânt la plecare. De asemenea, nu exista niciun semn de recunoaștere sau, mai mult, de primire din partea mamei sale atunci când se întorcea de la școală: rămânea închisă în dormitorul ei, în tăcere; se simțea ca și cum venea acasă într-o casă goală.

Cu pacienții care devalorizează în mod defensiv, fie implicit (ca acest pacient), fie explicit, ne putem afla în situația de a pune în act diferite răspunsuri. Aflați într-o stare mentală de respingere, putem răspunde transferului devalorizant al pacientului cu un contratransfer devalorizant sau furios. Atunci când ne aflăm într-o stare mentală de preocupare, ne putem simți mult prea vulnerabili și putem răspunde ca și cum devalorizarea pacientului ar fi garantată de incapacitatea noastră: dacă pacientul nu ne lasă să contăm pentru el, probabil asta se întâmplă pentru că nu avem nimic important să-i oferim. În oricare caz, dacă suntem capabili să facem față atât propriului nostru disconfort legat de o posibilă devalorizare ulterioară, cât și disconfortului pacientului de a se simți „expus", avem oportunitatea de a explora un tipar important de relaționare (precum și unul defensiv) care poate să modeleze interacțiunile pacientului nu numai cu terapeutul, ci și cu ceilalți.

Tiparul idealizării

Pacienții care resping și care idealizează, precum cei care devalorizează, adesea au crescut alături de părinți absorbiți de ei înșiși și interior nesiguri. Simțind că nevoile narcisice ale părinților lor vor fi întotdeauna pe

primul loc, acești pacienți când erau copii au ajuns să realizeze că pot găsi o oază în acest deșert emoțional dacă le satisfac aceste nevoi. Ajutându-i pe părinți să se simtă speciali, și ei se puteau simți speciali — evitând riscul de a fi dependenți sau furioși.

Cunoscând acest model de adaptare în copilărie, avem posibilitatea de a înțelege tendința unora dintre pacienții noștri care resping de a ne idealiza. Ceea ce este crucial de păstrat în minte este faptul că admirația acestor pacienți este exagerată pentru că este multideterminată. Nu contează cât de minunați suntem, pacienții, la un anumit nivel, de obicei, simt că admirația lor pentru noi este obligatorie. Ei „știu" că pentru a menține relația trebuie să susțină ceea ce își imaginează — sau ceea ce percep — a fi echilibrul nostru narcisic șubred. În general, acești pacienți păstrează pentru ei înșiși (și câteodată departe de ei) presupunerea implicită că terapeutul are „picioare de lut" și cere reasigurări. Nerostită, această presupunere dă relației lor cu terapeutul o calitate de „ca și cum" și păstrează distanța. Văzuți din acest unghi, pacienții idealizanți, deși *în aparență* par mult mai implicați decât cei care devalorizează, pot fi, de fapt, la fel de evitanți.

Probabil că trebuie să avem la fel de mult respect pentru nevoia pacientului de a idealiza, cât avem pentru nevoia celorlalți de a devaloriza — și să fim la fel de implicați în a aduce în discuție mecanismul de apărare într-o manieră care să fie folositoare pacientului. Cu mulți ani în urmă, am primit o lecție puternică și regretabilă despre pericolele de a nu reuși acest lucru:

> După o terapie de lungă durată aparent reușită, un pacient, pe care îl vom numi Andrew, a avut o conștientizare profundă și amară a faptului că relația lui cu mine a reprodus relația compulsiv idealizantă pe care a avut-o cu mama sa narcisică — o femeie formidabilă și doar superficial disponibilă, care părea să ceară și să primească admirația tuturor celor din jurul ei.
> Acest pacient a încheiat brusc și foarte supărat tratamentul, acuzându-mă că am fost „orb" la această dimensiune a relației noastre (probabil din cauza propriei mele nevoi de a fi idealizat) și la limitările pe care le-a impus tratamentului. După mai mulți ani, m-am întâlnit întâmplător cu Andrew și i-am spus ceea ce credeam de ceva timp, și anume că avea dreptate: am fost orb la trecerile la act și surd la cuvintele lui care mă rugau să fiu mai implicat emoțional cu el, să mă autodezvălui mai mult și să fiu mai autoreflexiv.[1]

La fel ca devalorizarea, idealizarea poate fi stimulată de un sentiment de necesitate mai mult sau mai puțin inconștient. Dar acolo unde devalorizarea este motivată în principal de nevoia de a evita dependența, idealizarea poate servi în mare parte nevoii pacientului de a menține ideea de admirație mutuală a două persoane, pe care a învățat să o folosească pentru a-și întări sentimentul că este special. Această înțelegere sugerează că decât să punem la îndoială idealizarea pacientului, mai bine trebuie să ne concentrăm pe îngrijorarea pacientului legată de vulnerabilitatea noastră și pe concluzia acestuia că avem nevoie să fim sprijiniți și protejați de dubiile sale că noi suntem, într-adevăr, atât de „idealizabili" până la urmă.

Terapeuții preocupați se pot simți neconfortabili cu idealizarea pacienților lor și, în consecință, se pot simți constrânși să spargă balonul pe care pacientul l-a umflat pentru a-i ține pe amândoi deasupra. Terapeuții care resping, în schimb, pot lua prea mult în sensul propriu-zis această idealizare a lor de către pacient sau se pot bucura prea mult să-și recunoască rolul ca parte a modelului defensiv de relaționare. Observând fie disconfortul, fie plăcerea noastră față de admirația pacientului, adesea putem avea un indiciu al prezenței idealizării.

Tiparul controlului

Unii pacienți care resping pot transforma relația lor cu terapeutul (sau cu ceilalți) într-o luptă puternică. Adesea catalogați ca „personalități obsesive", acești pacienți par obsedați de control și de frica de a fi controlați.

1. Când pacientul a atribuit ezitarea mea nevoii de a mă ascunde în armură și astfel de a menține idealizarea lui față de mine, interpretarea lui ar fi putut să fie corectă, dar era incompletă. Ezitarea mea a reflectat, de asemenea, aderența mea orientată greșit la ceea ce acum privesc a fi o perspectivă foarte problematică, dacă nu chiar distructivă, asupra relației terapeutice. În această perspectivă tradițională, este rar sau chiar deloc în avantajul pacientului să fie informat despre ce se întâmplă cu terapeutul. În schimb acum cred că acest mod de cunoaștere poate adesea să-i servească pacientului — în timp ce refuzul dezvăluirii sale poate provoca mai mult rău, așa cum am exemplificat prin cazul lui Andrew.

Deloc surprinzător, astfel de pacienţi au crescut cu părinţi care deţineau controlul, greu de mulţumit, care şi-au reprimat propria furie şi păreau să nu se simtă confortabil cu contacte fizice apropiate. Probabil că aceştia erau părinţi cu puţină toleranţă la distresul copiilor lor, la dezordinea sau crizele de furie ale acestora. Dar, spre deosebire de părinţii pacienţilor care devalorizau sau idealizau, aceştia au răspuns mai puţin cu o respingere furioasă sau retragere decât cu un control intruziv. Când erau copii, aceşti viitori pacienţi au făcut faţă situaţiei în două moduri. Primul a fost, la fel ca la toţi cei care adoptă mecanisme de apărare de respingere, să se îndepărteze de sentimentele lor cât mai mult posibil. Al doilea mod a fost să reziste (adesea pe ascuns) controlului părinţilor lor, ca şi cum s-ar întoarce de la o urmărire riscantă a confortului şi a legăturii la o preocupare cu lupta împotriva neputinţei.

În psihoterapia acestor pacienţi, problemele de putere şi control par să apară cu o frecvenţă exasperantă. Putem să fim atraşi în lupte legate de tarif, de program sau de modul în care alegem să lucrăm cu pacientul. Între timp, pacientul adesea îl vede pe terapeut (care se poate simţi asediat) ca fiind o figură de control care intenţionează să-şi impună voinţa. Cheia este să identificăm semnificaţia acestor lupte pentru pacient. Frecvent acestea par să fie reluări ale partidelor cu părinţii lor, precum şi o evitare a problemelor de ataşament subiacente: oamenii de obicei nu vor să fie aproape de cei cu care sunt în luptă.

Provocarea cu aceşti pacienţi nu este nici de a evita lupta pentru control prin capitulare, nici de a încerca pur şi simplu să-i dominăm. Trecerea la act a primei variante este foarte probabil să ne lase plini de resentimente. Trecerea la act a celei de-a doua variante ne poate face să ne simţim vinovaţi. Niciuna dintre aceste alternative nu pare să fie terapeutică — totuşi, presupunând că suntem conştienţi de rolul nostru în trecerile la act, ambele pot deschide explorarea luptei pentru control, aşa cum ilustrează următoarea prezentare clinică:

> „Selena" era o pacientă pentru care tariful era o problemă foarte disputată. Fiind o femeie de afaceri care trecea printr-o perioadă mai grea, era hotărâtă, aşa cum a spus, să nu fie trasă pe sfoară. Vrând să facă posibilă terapia şi ajungând la o concluzie cu privire la ce-şi poate permite financiar, i-am propus un tarif redus. Din punctul ei de vedere, nu era suficient de redus. A făcut o contraofertă. Am fost de acord.
>
> Totuşi, după ceva timp, am aflat despre nişte venituri financiare destul de considerabile pe care pacienta nu le dezvăluise. În acest context, i-am sugerat că ar trebui să revizuim problema tarifului redus. Sugestia mea a făcut-o pe pacientă să se simtă trădată, exploatată şi vulnerabilă. Plângându-se amar că profitam de sinceritatea sa, a adăugat că ar fi trebuit să ştie mai bine şi să nu aibă încredere într-un terapeut care a dovedit deja că are un interes mare pentru bani. La scurt timp după aceea, a întrerupt tratamentul. După câtiva ani totuşi s-a reîntors şi deşi economiile sale personale erau ceva mai îmbunătăţite, am acceptat un tarif redus (deşi nu atât de redus ca prima oară). Apoi afacerea ei a luat proporţii spectaculoase.
>
> Pentru mai mult de un an, nu am spus nimic despre tarif şi nici ea. Mi s-a părut că vulnerabilitatea ei acută de a se simţi exploatată era un motiv suficient pentru a lăsa această problemă deoparte. În sfârşit, am realizat că reticenţa mea se datora şi fricii mele de a reaprinde furia şi suspiciozitatea ei — şi păstrând tăcerea despre acest lucru, am resimţit o versiune mai scăzută a sentimentelor de furie, distanţă şi vulnerabilitate ale Selenei de a se profita de ea. Mi-a luat încă o lună să am curajul să-i spun că-i cresc tariful.
>
> Cu un zâmbet uşor vinovat, mi-a spus că se întreba când o să fac acest lucru. M-a întrebat dacă îi măresc doar ei tariful sau fac acelaşi lucru şi cu ceilalţi pacienţi. I-am răspuns că am crescut tariful pentru ceilalţi cu mult timp în urmă, dar că am ezitat să-l măresc pe al ei datorită faptului că a fost atât de tulburată de acest lucru când am ridicat această problemă în prima perioadă a tratamentului. A spus că se simte mişcată de faptul că am luat atât de mult în considerare sentimentele ei.
>
> Tentat fiind să-mi păstrez intactă imaginea proaspăt lustruită, am forţat totuşi, spunându-i că, de fapt, ceea ce m-a făcut să tac a fost frica mea de a stârni sentimentele ei de furie şi trădare — sentimente care, fiind atât de puternice, au făcut imposibilă anterior continuarea terapiei. Totuşi am adăugat că nespunând nimic

despre acest lucru, m-a făcut mult mai distant față de ea decât aș fi dorit.

Am întrebat-o ce simte după ce a auzit ce am spus. A spus că este în continuare recunoscătoare că nu am adus mai devreme vorba despre tarif, înainte să aibă încredere, cum are acum. Dar era, de asemenea, atât intrigată, cât și deranjată să afle că furia ei și potențialul pentru suspiciune ar putea avea un impact atât de mare asupra mea și, prin extindere, asupra relațiilor sale cu alții. Interesant este faptul că uitase complet că încheierea prematură a terapiei a fost precipitată de această problemă a tarifului.

Lupta pentru control are diferite semnificații pentru diferiți pacienți. Pierderea controlului poate fi echivalată cu o amenințare la adresa identității pacientului, a autosuficienței sau a autonomiei acestuia. Renunțarea la control (sau chiar împărțirea acestuia) poate fi simțită ca o predare sau capitulare. Pentru Selena — în special la începutul tratamentului — a se simți supusă controlului celuilalt într-o relație însemna să se simtă în pericol. Pe măsură ce tratamentul progresa, putea să înceapă să considere că sentimentul său de pericol era mai puțin real decât îngrijorarea sa de a se simți apropiată, vulnerabilă sau dependentă. Pe scurt, în timp ce problema controlului are importanța ei aici, așa cum are cu mulți pacienți care resping, este în același timp un refugiu în fața riscurilor asociate cu intimitatea și atașamentul. Adesea, pe măsură ce psihoterapia progresează, atenția se schimbă de la agresiune la iubire — de la riscurile de a fi controlat sau de a controla la riscurile de a iubi sau de a fi iubit.

Concluzionând asupra unei observații neurobiologice

Emisfera dreaptă a fost descrisă ca fiind *creierul socioemoțional*. În mod ideal, relația terapeutului cu un pacient care respinge facilitează dezvoltarea și integrarea „minții drepte" (Ornstein, 1997), în moduri în care relațiile de atașament inițiale ale pacientului nu au putut face.

Conexiunile *relaționale* care în mod normal hrănesc conexiunile neurale ale gândirii cu sentimente, limbajul cu experiența și sentimentul de sine în relație cu ceilalți au fost probabil, în mare parte, absente pentru un astfel de pacient care a crescut ca un copil evitant cu părinți care resping. Amintiți-vă: comportamentul de atașament al persoanelor care îngrijesc, recunoașterea facială și citirea semnelor nonverbale ale corpului la propria persoană și la ceilalți sunt toate funcții ale emisferei drepte. Prin evitarea apropierii și a sentimentelor — activități în mare parte mediate de creierul drept —, pacientul care respinge a putut învăța să trăiască, în principal, în lumea emisferei stângi, organizată prin logică liniară și limbaj.

Atragerea „minții drepte" a pacientului în relația cu terapeutul depinde de comunicarea creier drept–creier drept (Schore, 2003), care este în mare măsură nonverbală și implicită, dar care poate, de asemenea, să apară prin intermediul schimbului de cuvinte care încorporează și evocă emoția. În mod evident, un terapeut (care respinge) care acționează exclusiv cu emisfera stângă are o mică șansă să activeze capacitățile nedezvoltate ale pacientului de a relaționa intim și de a simți. Pe de altă parte, un terapeut (preocupat) care întâmpină probleme în a valorifica resursele lingvistice și interpretative ale creierului stâng poate fi incapabil să vorbească printr-un limbaj căruia pacientul să îi poată răspunde. În funcție de propria noastră organizare psihică, trebuie să ne „potolim" suficient mintea pentru a putea fie să aducem în gânduri sentimentele, fie să ne lăsăm sentimentele să fie pur și simplu traduse în gânduri.

Abilitatea de a intra într-o stare meditativă poate fi deosebit de utilă atunci când lucrăm cu pacienții care resping, deoarece meditația facilitează la terapeut un fel de experiență deschisă și integrată pe care sperăm să o încurajăm la pacienții noștri. O atitudine meditativă crește capacitatea noastră de a simți și de a verbaliza curenții nonverbali și emoționali din relația noastră cu pacientul. La fel de important este faptul că facilitarea dezvoltării capacității meditative a *pacientului* poate fi foarte importantă. Pacienții care resping (așa cum a spus unul dintre ei descriindu-se pe sine) adesea planează deasupra vieții lor, fără să aterizeze, de fapt, niciodată în corpurile lor. Ca terapeuți trebuie să fim în totalitate prezenți și ancorați cât de mult posibil cu acești pacienți dacă vrem să putem vreodată să îi facem capabili să se conecteze — atât de profund cât sunt îndreptățiți să fie — la ei înșiși și la cei pe care ar putea să-i iubească și de care să fie iubiți.

Pacientul preocupat

A face loc unei minți proprii

Pacienții cu o stare mentală predominant preocupată cu privire la atașament sunt în multe moduri la polul opus față de pacienții care resping. Ultimii adesea par dezinteresați de viață, izolați de sentimentele lor și nu se simt confortabil la apropierea altora. Primii adesea par plini de viață și vivaci — dar, în același timp, sunt copleșiți de sentimentele lor și absorbiți într-o distanță evitantă față de ceilalți. Cel puțin superficial, pacienții care resping au puține probleme cu propria stimă de sine sau autonomie, în timp ce cei care sunt preocupați sunt plini de îndoieli și de frica de a fi prea independenți. Pacienții care resping au aproape întotdeauna probleme în a se baza pe ceilalți; pacienții preocupați au probleme în a crede că pot câteodată să se bazeze pe ei înșiși. Dacă cel care respinge pare rupt de resursele creierului drept socioemoțional, cel preocupat pare să aibă probleme în a administra abilitatea creierului stâng orientat lingvistic de a da un sens ordonat unei experiențe dezordonate. Parafrazând-o pe Diana Fosha (2003), cei care resping pot *face față*, dar nu pot *simți*, în schimb cei preocupați pot *simți* (și se pot *desfășura*), dar nu pot *face față*.

Pacienții preocupați par să aparțină unui continuum diagnostic, care îi are la un capăt pe isterici și la celălalt capăt pe borderline. Primii par copleșiți și neajutorați, dar superficial cooperanți și câteodată seducători. Ceilalți par furioși, solicitanți și haotici. Ambele variații ale temei preocupării implică pacienții ale căror vieți sunt modelate fundamental de frica de abandon.

Astfel de pacienți au fost caracterizați ca fiind „înfometați de fuziune" (Goldbart & Wallin, 1996): „Pentru că marile [lor] amenințări sunt separarea, pierderea și a fi singuri, apropierea este trăită ca fiind cel mai mare bun: este soluția, niciodată problema" (p. 90). Totuși, pe măsură ce se întâmplă, modul în care acești pacienți urmăresc apropierea transformă adesea soluția într-o problemă. Strategia de hiperactivare a pacienților preocupați aduce un minim de siguranță, dar la un preț exorbitant.

Experiențele timpurii cu figuri de atașament responsive în mod imprevizibil i-au învățat pe acești pacienți că șansa cea mai bună pentru a-și asigura atenția și susținerea celorlalți este să-și facă propriul distres mult prea evident pentru a mai putea fi ignorat. Problema cu această soluție este că necesită ca ei să scaneze în permanență căutând indicii interne și externe pentru a-și amplifica distresul. Astfel, tind să fie mult prea conștienți de senzațiile corporale, sentimentele și gândurile legate de pericol și predispuși să exagereze semnificația lor; în mod similar, sunt hipervigilenți față de semnele reale sau imaginate că partenerul ar putea să îl dezaprobe, să se retragă sau să îl respingă. Nevoia de a menține sistemul de atașament activat în mod cronic subminează potențialul pacientului preocupat nu numai pentru echilibru emoțional, ci și pentru stima de sine și încrederea în alții.

De aceea, dacă vrem să ajutăm în psihoterapie astfel de pacienți să-și fortifice capacitățile de echilibru emoțional, stimă de sine și încredere, trebuie să le oferim o relație care să reprezinte o alternativă la strategia lor de hiperactivare. Asta înseamnă o relație în care pacienții să ajungă să se bazeze pe disponibilitatea emoțională și acceptarea terapeutului, în loc să simtă că pot obține această calitate a responsivității doar prin amplificarea defensivă a afectului, a neajutorării și/sau a cooperării superficiale. Cu alte cuvinte, trebuie să le asigurăm pacienților preocupați o relație care să ia locul strategiei de hiperactivare, care treptat să nu mai fie necesară.

Acest lucru este mult mai dificil decât pare. Nesiguranța exagerată a devenit cea mai sigură modalitate de a câștiga atenția celorlalți pe care nu se pot baza. Este greu să se renunțe la acest lucru. Mai mult, acești pacienți trăiesc aceste sentimente copleșitoare, nesiguranța și neîncrederea nu ca pe o „strategie" pe care ar fi dispuși (cel puțin conștient) să o schimbe, ci mai degrabă ca fațete ale realității lor care ancorează sentimentul lor despre cine sunt ei. Inconștient (și câteodată conștient), pacienții preocupați adoptă aceste aspecte apăsătoare ale modului în care se apropie de ei înșiși și de ceilalți, pentru că acestea sprijină atât o strategie, cât *și* o identitate.

Atunci când avem de-a face cu nevoia resimțită a pacientului de a ıdopta o abordare autodistructivă, este util să ținem minte că un proces erapeutic este, în general, unul care vindecă, permițând pacientului să rămână același în timp ce se schimbă (Bromberg, 1998b). Departe de a nega mportanța sentimentelor puternice și urmărirea apropierii în jurul căro-'a este organizat sentimentul de sine al pacientului preocupat, trebuie să facem loc pentru *mai mult* în ceea ce privește sentimentele și apropierea. n mod specific, trebuie să răspundem sentimentelor profunde care stau a baza afișării distresului pacientului și trebuie să facilităm o versiune nult mai largă a apropierii, în care pacientul să fie mult mai complet și nai real prezent, în loc să dispară în preocuparea sa legată de disponibi-litatea celorlalți.

Lucrând cu sentimentele — frică, furie și dorință — care stau la baza acestei drame, aducem în atenție strategia de hiperactivare a pacientului care a fost odată adaptativă și acum este autodistructivă. Lucrând cu conceptul îngust al pacientului despre ceea ce este necesar în apropiere, clarificăm aspecte ale identității lui pe care anterior a trebuit să le nege — în special forța, ambițiile și nevoile pentru care frica lui de abandon a lăsat atât de puțin loc.

Cum putem exact să lucrăm mai eficient folosind această dublă focalizare asupra emoțiilor și intimității depinde, într-o oarecare măsură, de evaluarea pe care o facem pacientului — în special în termenii de poziționare pe axa continuumului, ancorată la un capăt de isterici și la celălalt capăt de borderline. (Observați că, din motive didactice, descriu aici „sub-tipurile", ca și când pacienții preocupați ar putea fi întotdeauna bine diferențiați de-a lungul acestor linii; impresia mea clinică este că adesea pot fi diferențiați, dar nu invariabil.) Comportamentele diferite ale copiilor mici ambivalenți după reîntâlnirea cu părinții lor în situația străină pot prezice comportamentele diferite ale pacienților preocupați pe care îi vedem ca adulți — copilul mic evident neajutorat dezvoltă un stil mai isteric, iar copilul care oscilează între a rămâne agățat și a respinge furios tinde spre o persoană care pare mai borderline.

Fără a face diferențe, există pacienți preocupați care, în mod evident, „conduc" prin neajutorare, în timp ce alții, mult prea repede, își dezvăluie furia și cererile disperate. (Ultimii au frecvent un istoric marcat de traumă sau pierdere și, astfel, ei pot fi, de asemenea, descriși ca fiind fără soluție

cu privire la atașament.) Fiecare dintre aceste două variante ale temei preocupării necesită o abordare terapeutică oarecum diferită.

Tiparul de neajutorare

Pacienții descriși prin termenul de „isterici" sunt astfel denumiți pentru că par hiperemoționali și chiar melodramatici, la fel ca majoritatea pacienților preocupați. Ce diferențiază acești pacienți isterici de verii lor mult mai tulburați este faptul că nevoile lor de dependență sunt mai puțin extreme, ca și reacțiile lor atunci când aceste nevoi sunt frustrate. Pentru că astfel de pacienți sunt mai puțin apți de a simți ca și cum viețile lor sunt o continuă urgență, abordarea lor pentru satisfacerea nevoilor de relaționare poate fi relativ mai atrăgătoare și poate avea mai mult succes.

În general, ei se conectează cu alții mai mult prin intermediul neajutorării lor decât prin intermediul furiei. Deși nu fac niciun secret din nevoile lor, reușesc cu greu să și le satisfacă — sau chiar să-și cunoască cu adevărat aceste nevoi. Centrul lor de gravitație pare să se afle în afara lor, ca și cum ar trăi mai puțin în interiorul propriei lor minți decât în mintea celorlalți. Disperați să evite să fie abandonați, sunt mult prea înfricoșați pentru a se afirma și mult prea dispuși să le facă pe plac altora.

Atunci când intră în terapie, adesea ni se prezintă cu o contradicție. Ei par să aibă resurse psihice considerabile și pot fi chiar destul de realizați. Dar în cadrul tratamentului se comportă ca și cum ar fi neputincioși, atât în a-și administra distresul, cât și în a încerca să-l înțeleagă. La început, sperând la ajutorul nostru, ne pot surprinde ca fiind pacienți dornici, complet pregătiți să se dedice și foarte mult în contact cu emoțiile lor, ceea ce trezește dorința noastră de a-i ajuta. Cu astfel de pacienți putem avea rapid așteptarea că va fi ușor să lucrăm cu ei. Dar prima impresie poate să fie eronată. Cu siguranță aici este mai mult — sau mai puțin — decât putem vedea.

Adesea acești pacienți au o capacitate mai mare de a administra și de a da un sens sentimentelor lor decât cred ei că au, știu mai mult despre experiența lor decât sunt dispuși să creadă și au mai multe calități ca oameni decât sunt pregătiți să recunoască. Pe de altă parte, disponibilitatea lor imediată de a se implica într-o relație terapeutică este mai puțin un indicator al capacității lor de a colabora, cât un semn al dorinței lor de a se

supune și de a-i mulțumi pe ceilalți. Pentru a asigura confortul pe care speră că îl va aduce apropierea de terapeut, acești pacienți „știu" că trebuie să mențină aparența lor de neajutorare, ajutându-l în același timp pe terapeut să se simtă bine.

Provocarea pentru noi este de a nu confunda suprafața cu realitatea care se află dedesubt sau cu strategia defensivă a pacientului cu dificultățile cărora a fost destinată să le facă față. Dacă luăm neajutorarea așa cum se prezintă, putem să încercăm să fim folositori prin modalități care validează sentimentul pacientului că este neajutorat, iar dacă suntem vrăjiți sau seduși să jucăm rolul de mare terapeut, putem pierde din vedere nevoia lui de a fi pacientul perfect. Astfel, putem nega pacientului nostru oportunitatea de a se lupta cu frica și neîncrederea care-l fac să simtă complianța și amabilitatea sa ca fiind atât de necesare.

Cu astfel de pacienți, trebuie să fim atenți la nerăbdarea noastră exagerată de a salva sau de a fi idealizați. Dar atunci când, așa cum adesea se întâmplă, ne trezim că trecem la act astfel de impulsuri, avem posibilitatea atât de a face lucrurile altfel, cât și de a clarifica aspecte–cheie ale experienței pacientului. Încă o dată, așa cum următorul material clinic ilustrează, terapeutul poate constrânge, dar poate și contribui la progresul pacientului în tratament.

> O persoană extrem de competentă din punct de vedere academic, pe care o vom numi Elaine, mi-a cerut ajutorul după o serie de atacuri de panică. Pe la începuturile terapiei, mi-a spus că, de fiecare dată când apărea un moment de tăcere în conversația noastră, devenea foarte anxioasă. Ultimul lucru pe care mi-l doream era să produc la această pacientă frământată de anxietate și mai multă anxietate. Decât să abordez această problemă, m-am obișnuit să umplu fiecare moment de tăcere. Mi-a luat câteva luni până să-mi dau seama că nu îi făceam niciun favor în acest fel. Cu ceva ezitări, am hotărât ca data viitoare când o perioadă de tăcere va apărea, să nu mai fac nimic.
>
> Deloc surprinzător, în liniștea care a urmat Elaine a început să se simtă foarte anxioasă. Dar am putut să vorbim despre acest lucru. A reieșit faptul că anxietatea ei creștea în perioadele de tăcere pentru că se simțea neajutorată în a da un sens experienței sale — și dacă se simțea neajutorată, acest lucru o speria. Am sugerat că era ușor confuz faptul că cineva care își câștiga existența dând un înțeles experienței se simte neajutorat în încercarea de a da un sens propriei experiențe. În conversația care a urmat, a devenit conștientă de ceea ce ea a numit „un surplus de neajutorare" pe care a învățat să-l cultive de când era copil. Atunci, ca și acum, și-a dat seama că dacă era copleșită, avea cea mai bună șansă să se conecteze cu mama sa imprevizibil disponibilă. În mod similar, se conecta cu tatăl său în special atunci când apăreau probleme pe care nu putea să le rezolve singură — teme pentru acasă când era la școală sau, mai târziu, probleme de serviciu.
>
> Înaintând în terapie și simțindu-se mult mai confortabilă în tăcere, Elaine a realizat că anterior se simțea amenințător de singură atunci când nu eram în contact verbal, ca și cum fără cuvinte nu era capabilă să mă țină alături de ea. Acum, într-o situație care era cu totul nouă, era capabilă să simtă în tăcere o conexiune între noi mult mai sigură. Pentru ea a fost o experiență mult îndrăgită să fie capabilă să fie singură cu mine, dar și singuri împreună.

Frica mea de a declanșa anxietatea Elainei a avut ca rezultat, pentru o vreme, coluziunea mea cu apărările ei, în locul luptei cu experiența care stătea la baza necesității lor. Pe parcursul procesului, i-am confirmat fără să vreau sentimentul că era neajutorată să facă față sentimentelor ei — cea mai importantă fiind anxietatea ei de abandon. Pe de altă parte, odată ce am realizat ce făceam și am găsit o cale de a-mi tolera propria anxietate suficient de mult pentru a-mi putea schimba comportamentul, „surplusul ei de neajutorare" — o versiune a strategiei de hiperactivare — a putut începe să fie înțeles. Mai târziu, când a fost capabilă să se relaxeze și să fie „singură împreună", am înțeles realizarea sa ca reflectând internalizarea graduală a experienței unei „baze de siguranță": nu mai era nevoie să mă constrângă pe mine (prin intermediul neajutorării sau distresului) să fiu împreună cu ea pentru că acum, în cea mai mare parte, avea încredere că eram cu ea.

Pentru pacienți ca Elaine, o bazare diminuată pe strategia de hiperactivare merge mână în mână cu o capacitate în creștere de a simți terapeutul ca fiind o bază de siguranță. Bineînțeles că, inițial, acești pacienți aduc

ta el frica de abandon în cadrul relației terapeutice. Ei nu se pot baza pe disponibilitatea emoțională a terapeutului sau pe bunele lui intenții. Ca și copiii mici ambivalenți a căror preocupare cu disponibilitatea mamei lasă puțin loc pentru explorare, energiile lor sunt absorbite pentru a menține legătura cu terapeutul.

Totuși, doar în măsura în care pacienții preocupați se simt mai puțin constrânși să monitorizeze sau să administreze răspunsurile terapeutului ei pot să își întoarcă atenția mult mai mult către propria experiență. Noi devenim mai degrabă o bază de siguranță decât o sursă de susținere mult prea contingentă atunci când generăm o relație care oferă mai mult pacientului — și cere mai mult *de la* pacient — decât relația care l-a lansat în viață.

Printre elementele–cheie ale relațiilor care facilitează dezvoltarea citate mai devreme (Lyons-Ruth, 1999), două dintre ele se remarcă în mod particular: incluzivitatea și necesitatea unei „pante a dezvoltării". În mod specific, trebuie să țintim spre o relație care încurajează pacientul să se conecteze cât mai mult posibil la experiența sa — în special la acea experiență pentru care atașamentele sale inițiale nu au făcut loc. Trebuie să așteptăm mai mult din partea pacientului decât simte el inițial că este capabil. Adică trebuie să recunoaștem și să angajăm resursele pacientului, resurse pe care nu dorește sau nu poate să le recunoască în el însuși.

Incluzivitatea

Emoționalitatea pacientului preocupat are adesea o calitate de „orientare către alții". Atunci când pacienții preocupați își exprimă sentimentele, scopul este de obicei mai puțin de a se exprima pe sine, decât de a atrage atenția sau ajutorul altora care, cred ei, ar fi altfel indisponibili. Aceasta este, bineînțeles, esența strategiei de hiperactivare.

Decât să coluzionăm cu această strategie, fiind prea protectori (o posibilitate seducătoare) sau prea solicitanți, secretul este să fim nici mai mult nici mai puțin disponibili atunci când pacientul își exprimă astfel de emoții „publice" decât atunci când nu face acest lucru. La fel de important este faptul că trebuie să punem în acțiune un fel de „detector" emoțional, care să ne dea indicii cu privire la emoțiile „private" pe care pacientul le poate exprima doar indirect.

Aici, încă o dată, atenția orientată către limbajul nonverbal al corpului pacientului — cât și atenția asupra propriei noastre experiențe subiective — asigură cel mai bun acces către ceea ce pacientul a învățat să excludă. Este evident că detaliile vor varia în funcție de particularitățile istoriei pacientului. Totuși, în experiența mea clinică am descoperit că apar frecvent, adesea în secvențe, și sunt integrate gradual în sentimentul de sine al pacientului următoarele: neîncrederea și frica de abandon; apoi furia și capacitatea corespunzătoare de a spune „nu" și, în final, tristețea și nevoia autentică, precum și capacitatea de a spune „da" — și chiar a crede acest lucru.

Panta dezvoltării

După ce am încheiat discuția telefonică cu o pacientă care tocmai își programase prima ședință cu mine, am realizat că pe parcursul conversației noastre m-am inhibat, verbal și intelectual, pentru a nu o „răni" prin expunerea unui contrast cu deficitele sale evidente în această arie. Totuși, când ne-am întâlnit, mi-am dat seama că are capacitatea (deși în mod normal nu și-a exercitat-o) de a fi mult mai puternică și de a expune mai clar decât părea să fie la telefon. În mod evident, se lăsa condusă de vulnerabilitatea ei, iar eu, inițial, i-am răspuns, fiind mult prea protector într-un mod evident și total nefolositor.

Cu această pacientă (și cu alții ca ea) s-a dovedit a fi esențial să ne așteptăm la mai mult, nu la mai puțin. Bineînțeles, trebuie să ne „întâlnim" cu pacientul acolo unde „se află" el. Totuși, trecem „pe lângă" acesta atunci când presupunem mult prea repede că nu poate mai mult. Mult mai folositoare este presupunerea că pacientul este de fapt mult mai capabil de a simți și de a gândi în profunzime decât pare să fie. Dincolo de acestea, există tendința ca pacienții preocupați să fie subestimați în ceea ce privește capacitățile și resursele lor — iar acest lucru poate fi foarte problematic dacă luăm în considerare această autoevaluare negativă, după aparență.

Odată l-am confruntat spontan pe unul dintre pacienții mei care se autoevalua mult prea modest: „Spui că nimeni nu ar putea fi vreodată interesat de tine. Dar mă gândesc: ce poate să nu placă?" La momentul respectiv, o astfel de intervenție pare să fie destul de neproductivă; pe termen lung însă, a asigurat câteodată un fel de punct de referință — o

magine vie a negării defensive a propriilor puncte forte ale pacientului. Deşi oferită într-un spirit suportiv, acest tip de confruntare este rareori bine-venită, pentru că este incongruentă cu sentimentul de sine al pacientului și reprezintă o provocare la adresa strategiei adaptative a pacientului. Probabil mult mai folositor, ca regulă, este să explorăm, pur și simplu, părerea pacientului despre propriile capacități și modul în care această părere s-a dezvoltat; mai mult, este foarte important să intervenim în moduri care să comunice în mod implicit convingerea noastră că pacientul este capabil de mult mai mult decât crede.

De exemplu, după ce una dintre pacientele mele a început ședința furioasă și distrasă de câteva interacțiuni recente cu soțul ei despre care simțea că nu o aude, nu o vede, dar o critică gratuit, am descompus episoadele care o deranjau și a recunoscut — aproape în trecere — că soțul ei, de fapt, nu o ignorase și nu o atacase deloc: „De fapt nu este vorba că nu m-a auzit sau nu m-a recunoscut, pur și simplu eu am simțit acest lucru. Același lucru este valabil și pentru critici. Știu că mă respectă și mă iubește, nu mă atacă, pur și simplu are altă părere. Dar eu nu *simt* așa".

Când am întrebat-o cum simte ea de fapt („Cum se face că simți că te ignoră sau te atacă, iar o altă parte din tine crede că nu face acest lucru?"), răspuns: „Sincer, nu știu" — ca și cum ne aflam la capătul explorării. Dar dacă nu știi, înseamnă că nu poți să te gândești la acest lucru?" Lucru pe care apoi a început să-l facă, într-o manieră destul de productivă.

Pentru că afișările puternice ale emoțiilor au putut ajuta acești pacienți să scoată ce e mai bun dintr-o situație rea, ei au tendința de a lăsa sentimentele să le înăbușe gândurile. Trebuie să facem loc sentimentelor lor, dar trebuie, de asemenea, să-i încurajăm să se gândească la ceea ce simt. Ca terapeuți, ni se cere un act de echilibrare dacă vrem să ajutăm la activarea sinelui reflexiv al pacientului preocupat. Trebuie să gândim pentru pacient, dar nu prea mult. Trebuie să modelăm mentalizarea — prin exprimarea clară a gândurilor noastre despre sentimentele evocate în noi pe măsură ce relaționăm cu pacientul. Dar decât să luăm asupra noastră întreaga responsabilitate de a da un sens experienței pacientului, am face mai bine dacă l-am invita să se alăture efortului nostru sau dacă i-am spune să gândească cu voce tare la experiența lui.

Ca terapeuți, trebuie să ținem cont că pacientului îi este, de fapt, frică să dezvolte un sentiment de încredere sau independență, pentru că autonomia și autoinițiativa au fost de timpuriu descurajate și deci nu sunt concordante cu credințele pacientului despre cum să-și asigure cel mai bine atenția celorlalți. De aceea, vom vrea să transmitem conștientizarea faptului că este greu pentru pacient să aibă încredere în propriile sale resurse.

În continuare, poate fi deosebit de important — date fiind constrângerile autonomiei pacientului — să observăm și să facem loc pentru ieșirea la suprafață a furiei, a criticii și a dezamăgirii din relația cu terapeutul. Când ambii parteneri pot trece peste aceste proteste relativ neatinși, acest lucru întărește conștientizarea abia apărută a pacientului că autonomia și separarea pot, de fapt, coexista cu apropierea, contrar lecțiilor experienței sale de atașament inițiale. Dar dacă aceste lecții timpurii vor fi sau nu actualizate, va depinde în mare parte de ceea ce se întâmplă între pacient și terapeut în contextul noii relații de atașament.

Relația: tipare și capcane

Deși este adevărat faptul că relația pacient–terapeut, la fel ca toate relațiile de atașament, este cocreată, pentru pacienții preocupați, care tind să se adapteze, ca un cameleon, așteptărilor celorlalți este ceva deosebit de adevărat. Dorința lor de fuziune, determinată de frica lor de indisponibilitate, îi face să fie mult prea mult gata de a se scufunda — având ca rezultat că ceea ce obținem este adesea ceea ce cred ei că vrem. Tiparul relației terapeutice depinde astfel foarte mult de strategia de atașament a pacientului preocupat care interacționează cu cea a terapeutului.

Bineînțeles că fiecare astfel de relație este unică și imprevizibilă. Neținând seama de claritatea intențiilor noastre terapeutice (acordați la ceea ce se află sub suprafață afectivă, fără să coluzionăm sau să întărim neajutorarea), cu siguranță că vom fi luați prin surprindere. Dacă ni se întâmplă acest lucru, probabil că tratăm un pacient teoretic, și nu unul real, sau ne comportăm ca și când am fi mașini de terapie, și nu ființe umane spontane, emoționale și vulnerabile. În ciuda acestor lucruri, există tipare și capcane de contratransfer caracteristice, care marchează tratamentul multor pacienți preocupați. Cunoașterea acestor tipare nu ne va opri să cădem în ele — și nici nu ar trebui. Recunoașterea naturii interacțiunii cu pacienții noștri poate fi partea cea mai semnificativă a

modului în care ajungem să-i cunoaștem și a modului în care ei ajung să ne cunoască pe noi. În același timp, cunoștințele generale de acest fel ne pot ajuta să identificăm caracterul participării noastre neintenționate la relație, lucru care ne permite la rândul său să avem o și mai mare flexibilitate.

Frica durabilă a pacientului de lipsa de disponibilitate a terapeutului are ca rezultat zelul pacientului (dar câteodată este și ascunsă în spatele acestuia) de a se conecta. Nevoia lui de reasigurare și confort al apropierii poate fi exprimată în mai multe feluri. Orice altceva ar putea reprezenta, neajutorarea aparentă a pacientului, afișarea distresului, complianța, seducția și/sau eforturile de a fi un „pacient bun" sunt, de asemenea, încercări implicite de a diminua distanța și de a câștiga suportul terapeutului. Cu cât apar mai devreme în tratament aceste oferte de relaționare — și cu cât sunt mai intens și mai inflexibil puse în act —, presupun că sunt cu atât mai mari neîncrederea pacientului și anxietatea lui de abandon. Ca terapeuți, răspunsurile noastre la astfel de oferte vor fi modelate, într-o oarecare măsură, de propriul nostru stil de atașament.

Dacă suntem mai mult siguri, va fi mai ușor să rezonăm cu sentimentele adânci care stau la baza cererilor indirecte ale pacientului pentru conectare: frica de a nu se avea grijă de el și furia de a se pierde pe sine însuși pentru a-și asigura atenția altora, precum și nevoia profundă și tristețea sa. Într-o stare mentală de siguranță, vom fi capabili nu numai să interacționăm relativ liber, ci și să ajutăm pacientul să-și dea seama de rolul lui în interacțiunea cocreată cu noi.

Când starea noastră mentală este mai mult de respingere, probabil va fi nevoie să fim precauți la anumite capcane posibile care au legătură cu faptul că strategia de atașament a pacientului este opusă față de a noastră. Înfricoșați într-un anumit grad de sentimente sau de apropiere, putem să ne simțim inconfortabil sau chiar îndepărtați de afectul intens al pacientului sau de „foamea" sa de fuziune. Pentru a ne simți mai confortabil putem alege să ajutăm încercând să îngrădim emoțiile puternice prin înțelegere intelectuală. Decât să rezonăm cu sentimentele profunde ale pacientului — sau să observăm lipsa de potrivire între ceea ce este spus și ceea ce pare să fie simțit —, putem încerca, în mod prematur, să oferim structura liniștitoare (pentru noi) prin cuvinte și interpretare. La aceasta, pacientul poate răspunde simțindu-se singur și neînțeles sau alăturându-ni-se compliant într-o versiune de „pretindem că" a unei explorări terapeutice folositoare — sau ambele.

În mod alternativ, putem să ne simțim ușurați inconștient că putem găsi afectele noastre renegate și dependența în pacient, și nu în noi înșine. În acest caz, putem fi înclinați să coluzionăm cu strategia defensivă a pacientului. De exemplu, putem lua prea mult în serios aparența nevoii lui emoționale, simțindu-ne, în același timp, implicit reasigurați că noi nu avem astfel de nevoi. În mod similar, pentru a ne susține propria stimă de sine, putem prelua mult prea rapid rolul terapeutului strălucit, idealizat de pacientul evident neajutorat (dar care, în mod ascuns, ne controlează). În această trecere la act, putem rămâne în mod inconștient, dar urmărind un scop, ignoranți cu privire la neîncrederea și furia pacientului, în timp ce pacientul ne manipulează, în scop autoprotector, nevoile noastre narcisiste.

Atunci când suntem într-o stare mentală mai preocupată cu privire la atașament, problemele cu care ne confruntăm în relația cu pacientul preocupat sunt diferite. Pe de-o parte, vom fi probabil mult mai capabili să empatizăm cu experiența pacientului, datorită suprapunerii acesteia cu a noastră; pe de altă parte, propriile noastre frici de abandon pot să facă să ne fie dificil să facem mai mult decât să empatizăm. Dacă vrem să aducem în discuție natura parțial defensivă a neajutorării pacientului, de exemplu, va trebui să exprimăm o perspectivă care diferă de a lui. Dar pentru a face acest lucru este nevoie de un anumit grad de separare pe care putem cu ușurință să o confundăm cu agresiune sau să o simțim ca fiind o amenințare a relației noastre cu pacientul. Astfel, propria noastră preocupare în legătură cu atașamentul ne poate face să ne „alăturăm" distresului pacientului, dar fără să intervenim prin modalități care, în cele din urmă, ar putea să-l ajute să facă față mai bine. Tocmai de aceea putem să cedăm în fața impulsului de a „salva" pacientul, în loc să-l ajutăm să-și recunoască propriile resurse. Mai mult, propriile noastre prejudecăți față de sentimente, și nu gândirea noastră, pot interfera cu abilitatea de a mobiliza (atât în noi, cât și în pacienți) „interpretul din creierul stâng", care dă sens experienței emoționale astfel încât să fie folosită ca un semnal, și nu trăită ca fiind o povară, un simptom sau doar un fapt.

Transferul erotic

În afară de interacțiunile menționate anterior, care apar de obicei în tratamentul pacienților preocupați, adesea ne întâlnim cu ceea ce voi descrie ca fiind „transferuri intime", însoțite de contratransferurile lor complementare. În mod obișnuit discutate sub sigla transferului erotic, aceste interacțiuni au o dimensiune de sexualitate, romantism și/sau dor nesatisfăcut, care este adesea semnificativă în sine, dar poate, de asemenea, să ascundă probleme de atașament.

Așa cum mai mulți autori au subliniat, natura situației de transfer–contratransfer erotic care apare depinde, în mare măsură, de genul pacientului și al terapeutului (Person, 1988; Wyre & Welles, 1994; Kernberg, 1995). Aș adăuga că al doilea factor care are influență este stilul de atașament.

Pe scurt, transferurile intime și (în mod special) cele sexualizate sunt mai predispuse să apară atunci când pacientul este femeie și terapeutul este bărbat — cel puțin în măsura în care femeile, în general, tind să se teamă de separare, în timp ce bărbații, din nou, în general, sunt mult mai predispuși să se teamă de apropiere. Astfel, pentru femei, în special pentru cele preocupate, urmărirea unei legături romantice sau sexuale cu terapeutul reprezintă adesea nu numai o apărare împotriva distanțării, ci și o apărare față de probleme de atașament fundamentale. În schimb, pentru bărbați *evitarea* sentimentelor romantice sau sexuale pentru terapeut reprezintă adesea un mecanism de apărare împotriva unei implicări mai profunde, precum și soluția tipic masculină de segregare a sexualității și atașamentului. Atunci când bărbații, în special cei care resping, dezvoltă sentimente erotice pentru terapeutul lor, aceste sentimente sunt încă apte de a reflecta evitarea apropierii și a dependenței, pentru că sexualizarea unui terapeut poate fi, pentru un bărbat, o modalitate de a-l devaloriza ca figură de atașament de care pacientul ar putea fi tentat să depindă.

Impactul emoțional asupra noastră, ca terapeuți, al transferului erotic al pacientului poate diferi în funcție de starea noastră mentală relativ la atașament. Dacă stilul nostru este mai mult de respingere, putem să primim cu bucurie dorința lui romantică sau sexuală, pentru că ne susține vanitatea. Pe de altă parte, putem fi îndepărtați, pentru că simțim o astfel de dorință ca fiind o provocare față de distanța noastră obișnuită față de ceilalți. Dar dacă stilul nostru tinde să fie preocupat, putem primi dorința pacientului ca un semnal de apropiere. Pe de altă parte, aceeași dorință poate fi simțită ca fiind profund derutantă, pentru că reprezintă o oportunitate pe care trebuie să o respingem — și presupunem că pacientul va simți că el este cel refuzat, și nu doar dorința lui.

În mod ideal, ne putem permite să fim obiectul dorinței pacientului fără să îl încurajăm excesiv sau fără să ne simțim obligați să-l oprim. În măsura în care putem să facem loc acestei dorințe intense, avem oportunitatea de a explora rolul ei în relația terapeutică — și, astfel, rolul ei în celelalte relații apropiate ale pacientului. Este folosită sexualitatea ca un surogat pentru atașament, o cale indirectă către acesta sau o evitare a acestuia? Central în contextul tratamentului este faptul că dorința pacientului pentru terapeut nu poate fi niciodată pe deplin satisfăcută. Astfel, poate reprezenta dorința frustrată care caracteriza atașamentul inițial al pacientului sau poate și pe cel contemporan. Câteodată, transferul erotic este o importantă stație pentru pacientul preocupat aflat în drumul său spre dezvoltarea unei capacități mai profunde de a avea încredere și de a iubi. Dar dacă terapeutul este fie prea mulțumit, fie prea derutat de dorința pacientului, acea dezvoltare poate fi pusă în pericol.

Așa cum am menționat la început, pacienții preocupați pot fi înțeleși ca aparținând unui continuum diagnostic. Până acum, ne-am concentrat pe capătul continuumului ocupat de acei pacienți ale căror trăsături isterice includ neajutorarea, amplificarea afectului și complianța seductivă. În continuare ne vom îndrepta atenția către celălalt capăt al continuumului.

Tiparul de furie și haos

Cercetările sugerează că mulți, dacă nu cei mai mulți, pacienți borderline au o stare mentală de preocupare cu privire la atașament. Acești pacienți, cu o mare frecvență, intră într-o subclasificare particulară: preocupare înfricoșată cu evenimentele traumatice (Patrick, Hobson, Castle, Howard & Maughan, 1994; Fonagy și colab., 1996). Se pare că pacienții aflați la capătul mult mai tulburat al continuumului au trăit adesea o istorie marcată de traume sau pierderi recurente, care au rămas incomplet rezolvate. În termeni de IAA, acești pacienți sunt atât preocupați, *cât și fără soluție*. De aceea, mult din ceea ce voi spune în continuare se aplică nu numai pacienților aflați la capătul mult mai perturbat al continuumulu

preocupat, ci și pentru pacienții fără soluție cu privire la traumă sau pierdere.

Pacienții borderline preocupați adesea își trăiesc viața ca o permanentă criză. Emoțiile lor nu sunt doar dureroase, ci și copleșitoare în intensitate. În loc să aibă un sentiment de sine stabil, acești pacienți se simt haotici în interior și goi. Relațiile lor sunt adesea furtunoase, terminându-se adesea cu ceea ce pare a fi resimțit ca trădare. Prinși între teroarea lor de dependență și nevoia lor fără margini, ei par să fie disperați după ajutor, dar, în același timp, terorizați de convingerea că nevoile lor vor îndepărta ajutorul. Disperați, ei se pot apropia, dar se retrag cu frică și furie. Ca terapeut, cu astfel de pacienți m-am simțit adesea ca încercând să salvez de la înec pe cineva care se împotrivește ajutorului, ca și când ar fi, de fapt, atacat. Provocarea cu astfel de pacienți este de a nu ne lăsa îndepărtați.

Margaret Mahler a folosit termenul de „incubare" scriind despre nașterea psihică a copilului (Mahler și colab., 1975). Ca terapeut al unui pacient borderline preocupat, este foarte mult ca și cum am fi chemați să stăm peste un pui sau un ou, care face tot ceea ce poate pentru a ne alunga din cuibarul matern. Pentru a asigura (și a conserva) noua relație de atașament de care pacientul are nevoie trebuie să fim capabili să oferim o combinație între empatie și stabilirea limitelor. Niciuna dintre ele nu este suficientă pentru a putea „conține" pacienții copleșiți și copleșitori ca aceștia sau frica, furia și neajutorarea pe care sunt mult prea capabili de a le evoca în noi. Când relația terapeutică *poate* deveni suficient de conținătoare, pacientul are oportunitatea de a dezvolta tipul de stabilitate internă și interpersonală pentru care primele sale atașamente nu au asigurat niciun model.

Empatia

Dacă nu înțelegem și într-o oarecare măsură nu rezonăm cu experiența internă a pacientului, nu putem să-l ajutăm. Fără acordarea empatică a terapeutului, este foarte probabil ca pacientul să se simtă nerecunoscut și singur sau, și mai rău, amenințat și trădat. Totuși, o astfel de acordare este de obicei greu de câștigat. Depinde cel puțin de trei lucruri: capacitatea noastră de a face apel la teoriile și cercetările relevante, deschiderea noastră față de întregul spectru al experienței și capacitatea noastră de a interacționa cu pacientul în moduri care să neutralizeze, cel puțin temporar, obstacolele mutual generate în fața empatiei și a legăturii.

Preocupați cu traumă și plini de frică, acești pacienți sunt adesea destul de expliciți cu privire la experiențele trăite cu părinții lor —, sau de experiențele de a fi abandonați de către părinții lor — care i-au copleșit și câteodată i-au îngrozit. Părinții lor, la fel ca părinții pacienților preocupați în general, au fost imprevizibili, dar puteau, de asemenea, să fie furioși sau indisponibili în moduri înspăimântătoare.

Un pacient mi-a spus că tatăl său, un polițist alcoolic, putea fi brutal în mod imprevizibil. Treaba pacientului era să țină cumva ocupat sau distrat acest om exploziv atunci când părea pe punctul de a deveni violent. Câteodată pacientul reușea acest lucru. Atunci când nu reușea, putea deveni ținta furiei tatălui său. Odată, tatăl său a scos pistolul și l-a îndreptat spre capul pacientului.

O parte a tragediei pentru pacienți ca acesta este faptul că astfel de scene ale victimizării din copilărie continuă să fie trecute la act în relațiile ulterioare ale pacientului, inclusiv, cel mai important, în relația pacientului cu el însuși. Fonagy (2000) a teoretizat că în locul sinelui „constituțional" sau adevărat acești pacienți au internalizat reprezentarea unui sine „străin", care încorporează răspunsurile unei figuri de atașament abuzive. Dar pentru că acest sine străin este atât persecutor, cât și în contradicție cu sinele adevărat, trebuie să fie eliminat. Proiecția rezultată a acestei prezențe interne periculoase face ca alții să fie simțiți ca persecutori. Atunci când ceilalți nu sunt disponibili, pacientul se poate simți constrâns să se persecute pe sine prin intermediul autoatacurilor vicioase, inclusiv, câteodată, prin automutilare. Teoria lui Fonagy ne ajută să dăm sens comportamentului perturbator care, altfel, ar putea funcționa ca un obstacol în calea empatiei. O astfel de înțelegere poate fi în mod special vitală atunci când interacțiunea noastră cu pacientul amenință să imite interacțiunile din trecutul lui — așa cum era cazul fiului polițistului a cărui istorie traumatică am amintit-o puțin mai devreme.

> În urma unei ședințe neobișnuit de colaborative, acest pacient a venit cu douăzeci de minute mai târziu, fără să comenteze în vreun fel întârzierea sa. Trebuia să-mi plătească ședința, dar mi-a spus că nu are la el carnetul de cecuri. De asemenea, a spus că s-a

săturat de terapie și că toată această discuție mai rău îi face; fără ea, s-ar simți probabil mult mai bine.

Ținând cont de întârzierea sa și de lipsa cecului am devenit destul de iritat, dar când a început să atace și munca noastră împreună, am început să mă simt destul de mânios. Apoi mi-a trecut prin cap ideea că pur și simplu eram invitat să joc rolul persecutorului furios, pentru că dacă aș fi fost în schimb un colaborator, l-aș fi lăsat singur cu persecutorul din el. Mai mult, ar fi simțit că îl invit să își asume riscul prostesc (probabil inconștient de amenințare a vieții) de a avea încredere în mine.

M-am întrebat cu voce tare dacă probabil încearcă să declanșeze o ceartă, în loc să se simtă apropiat de mine. Am adăugat că presupunerea mea este că o ședință precum cea trecută, în care am putut să lucrăm atât de strâns împreună, ar fi putut să-l facă să se simtă anxios. Nu trebuia să fiu surprins de faptul că a fost furios din cauza sugestiei mele. Interpretarea mea totuși ne-a prins bine amândurora. M-a făcut capabil pe mine să rămân lângă el, în loc să mă simt îndepărtat. A fost, de asemenea, o interpretare care putea să-i fie din ce în ce mai folositoare, ținând cont că am retrăit de multe ori scenarii foarte asemănătoare.

Evident că sunt mult mai multe teorii și cercetări la care am fi putut să facem apel în eforturile noastre de a înțelege experiențele pacienților mult mai puternic preocupați. Clivajul, scufundarea în experiență, eșecurile de mentalizare și metafora atotcuprinzătoare a sinelui copleșit de altul mai puternic și răuvoitor sunt toate constructe folositoare la care ne vom întoarce în scurt timp. Dar dincolo de teorii, experiența personală este o resursă care ne poate crește compasiunea pentru acești pacienți al căror comportament strident autodistructiv și adesea surprinzător poate fi greu de tolerat și cu atât mai greu de empatizat.

În acest context, am descoperit că este important să pot localiza în interiorul meu ecouri ale experienței pacientului. De exemplu, atunci când mă simt exasperat de un pacient ale cărui resentimente puternice legate de nedreptățile din trecut nu fac decât să-l rănească pe el, îmi aduc aminte cât de dificil a fost câteodată pentru mine să iert. Sunt sigur că îi înțelegem pe alții mult mai bine având la bază o experiență comună. Câteodată, bineînțeles, asemănările pot fi dificil de recunoscut sau prea neplăcute pentru a le recunoaște, chiar și față de noi înșine.

Pentru a face posibilă empatia — empatia noastră pentru pacient și empatia pacientului pentru el însuși —, adesea sunt necesare intervenții care au potențialul de a dizolva barierele. Principala barieră în fața empatiei este contratransferul negativ al terapeutului. Atunci când ne simțim speriați, furioși, devalorizați sau dominați de pacient, este dificil să ne punem în locul lui suficient de mult pentru a sesiza logica emoțională a experienței lui. Dacă terapeutul nu face acest lucru, pacientul nu are niciun fel de bază de la care să-și extindă empatia și către sine însuși.

A simți un contratransfer negativ este probabil inevitabil. Probabil că este chiar de dorit ca o modalitate de a cunoaște pacientul și reacțiile pe care le poate evoca. Pe de altă parte, să te lași dus de contratransferul negativ nu este nici inevitabil, nici de dorit. Câteodată, găsirea unei modalități de a transpune în cuvinte experiența deranjantă, fie în liniște, fie cu pacientul, este suficientă pentru a ne modula sentimentele. Dar câteodată nu este. Aici intervine stabilirea limitelor.

Stabilirea limitelor

Atunci când comunicăm o limită, nu încercăm să controlăm pacientul. Nu este înțelept să încercăm imposibilul. Capacitatea noastră de autocontrol totuși ne permite opțiunea de a spune pacientului ceea ce vom face sau nu vom face, date fiind anumite circumstanțe. Formula aici este: dacă faci X, eu voi face Y. Dacă arunci cu ceva în mine, ședința se termină. Dacă îmi permiți să vorbesc cu medicul tău sau cu psihiatrul tău, atunci putem continua să ne întâlnim. Dacă mă suni să-mi spui despre gândurile tale sinucigașe, singurul lucru pe care îl voi vorbi cu tine este dacă trebuie sau nu să sun poliția să vină să te ducă la spital. Evident, diferite limite sunt cerute de diferiți pacienți, cu diferiți terapeuți, în diverse situații. Dar cu tipul de pacienți pe care l-am descris anterior, anumite limite sunt în mod invariabil necesare pentru a proteja ambele părți și tratamentul. Ele ne asigură cu privire la toate grijile legate de un contratransfer negativ prea intens care poate face empatia imposibilă și, pe parcurs, poate elimina potențialul pacientului de a simți relația terapeutică ca pe o bază de siguranță.

Acționând pe baza unei limite pe care am stabilit-o este adesea, inițial, erturbator, ca atunci când am chemat poliția acasă la un pacient după ce l a fost incapabil să-mi spună că nu se va sinucide și a devenit foarte fu-ios. Dar astfel de perturbări sunt, de asemenea, ocazii pentru reparații. acientul a înțeles, în cele din urmă, acțiunea mea ca izvorând din dorin- de a-l proteja, și nu din dorința de a-i face rău sau de a-mi exercita con-rolul. Cu un pacient ca acesta, disponibilitatea terapeutului de a se im-lica și de a se lupta este absolut esențială; în absența ei, pacientul poate imți că am renunțat la el — iar acest sentiment poate fi justificat. Bineîn-eles că implicarea și lupta, care sunt atât de necesare, au un cost. Totuși, ând eforturile noastre au ca rezultat o relație mai productivă, mai apro-iată și mai profundă — și în special când pacientul se simte mai bine —, n astfel de pacient poate ajunge să fie printre cei care contează pentru oi cel mai mult.

elația: tipare și capcane

În anumite moduri, acești pacienți mai zbuciumați care sunt conduși e furie par să prezinte aceeași psihologie ca pacienții preocupați care sunt onduși de neajutorare — dar totul legat de aceste aspecte comune este mplificat. Afectele sunt extreme la fel cum sunt și sentimentul de scufun-are în experiență, limitările mentalizării sau impulsivitatea asociată lor. eși ambele tipuri de pacienți preocupați trăiesc într-un spațiu mental are a fost colonizat, ca să zicem așa, de figurile de atașament inițiale, na-ura acestor figuri este diferită.

La pacientul neajutorat, experiența subiectivă este a unui altul interna-zat care, conturându-se atât de mare, ocupă aproape tot spațiul mental, sând puțin loc pentru autodefinire. În conversațiile interne de aici, vo-le sunt în mare parte ale celorlalți, care răspund tare și clar sinelui, a că-ui voce este imperceptibilă. În relații, pacientul este în consecință preo-upat de celălalt și este neclar în ceea ce privește propriile nevoi, păreri au ambiții.

În ceea ce privește pacientul furios, este ca și când celălalt internalizat u numai că ocupă tot spațiul, ci este și răuvoitor și pare să amenințe si-ele în mod regulat. În relații, acest celălalt răuvoitor este adesea proiec-at pe (sau în) cei de care pacientul poate fi înclinat să depindă, incluzând

aici și terapeutul. Rezultatul este că pacientul este în mare măsură absorbit de respingerea pericolelor percepute, și nu de recunoașterea și încercarea de satisfacere a propriilor dorințe.

În stabilirea unei atitudini față de acești pacienți, este important să ne amintim părerea lui Fonagy despre răspunsurile părinților securizanți față de copiii lor. Aceste răspunsuri transmit empatia părinților față de distresul copiilor; aprecierea față de dorințele, sentimentele și credințele care reprezintă contextul comportamentului copilului și, în sfârșit, abilitatea lor de a face față experienței pe care copilul o găsește ca fiind mult prea copleșitoare. Ca terapeuți, trebuie să țintim spre un mod similar de responsivitate cu pacienții a căror experiență internă și interpersonală este atât de amenințătoare, în special din cauza faptului că au o capacitate atât de mică de a se înțelege pe sine cu compasiune, o conștientizare atât de mică a propriei lor intenționalități și atât de puțină încredere că experiența lor ar putea fi gestionată.

Lipsindu-le în mare parte un sine reflexiv sau mentalizator, acești pacienți trăiesc într-o lume subiectivă al cărei caracter este definit de realități mai degrabă fizice decât psihice, de acțiuni, și nu de cuvinte sau gânduri, de corpuri, și nu de minți. În consecință, trebuie să demonstrăm că suntem de partea pacientului, că îl înțelegem și putem să-i facem față. Cu astfel de pacienți, în nenumărate moduri, ceea ce are impact este inițial mai mult ceea ce *facem* decât ceea ce spunem, mai mult ceea ce le *arătăm* decât ceea ce le spunem.

Când comportamentul lor, în mod regulat, ne îndepărtează, pare de neînțeles și ne lasă cu sentimentul că numai printr-un noroc vom ieși din încurcătură, poate fi util să ținem cont că astfel de pacienți se luptă în interior cu forțe emoționale titanice. Externalizarea sau *interpersonalizarea* acestei lupte chinuitoare — care ne este înmânată sau „împărtășită" — poate fi o modalitate a pacientului atât de a face față acestor sentimente copleșitoare, cât și de a le comunica.

> Într-o ședință memorabilă, pacientul al cărui tată l-a amenințat cu pistolul mi-a spus că se simțea liniștit la gândul că putea oricând să-și zboare creierii cu propriul pistol, recent cumpărat, pe care îl ținea în sertar, lângă pat. Doar să îl scoată și să îl țină în mână, cu degetul în jurul trăgaciului, îl ajuta să se simtă mai liniștit. Nu

avea nicio intenție de a se sinucide acum, m-a liniștit el, dar simțea că suicidul este destinul său final.

Auzind despre arma sa pentru prima oară, am simțit cum devin extrem de anxios, fără să mai zic și furios, de faptul că mă aflam în poziția de a face față unei amenințări pe care o puteam controla atât de puțin. (De asemenea, aveam o amintire foarte neplăcută despre un bărbat pe care l-am văzut doar o dată, ca parte a unui cuplu în terapie: înainte să putem să ne întâlnim pentru o a doua ședință, am aflat dintr-un mesaj de la soția lui că s-a împușcat.)

L-am întrebat pe pacient cum se simte acum, când mi-a spus despre armă. Mi-a răspuns că se simte ușurat, atât că are arma, cât și că eu știu despre ea — în acest fel nu era niciun secret. Grozav, m-am gândit, mă bucur că ești atât de sincer cu mine. Acum trebuie să te pedepsesc pentru că ai avut încredere în mine, dându-ți la o parte pătura de siguranță. Am simțit ca și când îndrepta arma spre capul meu. I-am spus că armele mă sperie, că pacienții sinucigași cu arme mă sperie cu adevărat și că nu i-aș fi putut fi de niciun ajutor dacă continuam să mă simt atât de speriat. Dacă voia să continuăm să lucrăm, i-am spus, trebuia să-mi aducă arma.

Sunt multe de spus despre acest episod. Pentru moment, să ilustrăm teva aspecte ale pacienților ca acesta. În primul rând, lumea subiectivă pacientului este o lume a acțiunilor fizice și a dialogului terapeutic, care te aici un dialog de acțiuni. În al doilea rând, pacientul mi-a comunicat tura lumii sale prin intermediul comportamentului care l-a evocat în opria mea experiență: într-o oarecare măsură, i-am *simțit* frica, neajutorea și furia, împreună cu ale mele. În al treilea rând, înțelegerea comportamentului lui ca fiind comunicare și a comportamentului meu ca trebind să fie la fel m-a ajutat să intervin ferm, dar fără să fiu punitiv sau amenințător — cu alte cuvinte, m-a ajutat să fac față. În al patrulea rând, n reușit, pe parcursul unor ședințe ulterioare, să situăm calmul superfial al pacientului, dar și comportamentul profund disperat, în contextul ntimentelor sale de nesuportat și al conflictului legat de faptul că spera obțină ajutorul meu. Acestea au fost experiențele care i-au permis pantului (parafrazându-l pe Fonagy, 2000) să se regăsească în mintea unui ul binevoitor, ca o ființă care gândește și simte. Și da, mi-a adus arma.

Bineînțeles că suntem testați „în mod repetat" de către astfel de pacienți. Este de sperat să reușim de mai multe ori să trecem testul, decât eșuăm. Dar chiar și atunci când eșuăm — devenind punitivi sau reținuți — există oportunitatea reparării relației. Mai mult decât atât, putem să arătăm pacientului în acest context sau din altele că există loc și pentru eșec, că anumite eșecuri sunt inevitabile și că acest lucru poate fi tolerat, în măsura în care nu confundăm partea cu întregul. Cu alte cuvinte, putem să arătăm pacientului o lume relațională și afectivă care nu este totul sau nimic, neagră sau albă, acum sau niciodată. Dincolo de lumea clivajului în care se află de obicei pacientul există și una care este mult mai integrată.

Din nou totuși trebuie accentuat faptul că atunci când avem de-a face cu pacienți care clivează și care, în loc să-și verbalizeze sentimentele, le trec la act cu consecințe periculoase și uneori amenințându-și viața, abilitatea noastră de a menține o perspectivă integrată și atentă se poate câteodată, pur și simplu, evapora. În fața stresului și a cererilor muncii noastre, ne vom simți, câteodată, inevitabil copleșiți, speriați, neajutorați și/sau înfuriați — la fel cum acești pacienți s-au simțit probabil cu părinții, ale căror proprii dificultăți au pus poveri imposibil de dus asupra copiilor lor. Ca terapeuți ai unor astfel de pacienți, salvarea noastră poate fi suportul pe care suntem capabili să-l găsim, în cele din urmă, în alții, în noi și într-o oarecare măsură în teoriile noastre. Mai mult decât atât, există realitatea că mulți, dacă nu toți acești pacienți, pot să folosească eficient relația cu noi pentru a se simți mai bine, pentru a se vindeca.

Locul meditației

Strategia de „hiper-hiperactivare" a pacienților despre care am discutat pare să fie asociată cu un sistem nervos autonom foarte reactiv. Literalmente, precum și figurativ, acești pacienți au un reflex de frică exagerat și își recapătă cu greu echilibrul. Sunt vulnerabili la reacțiile intense și rapide ale pericolelor percepute, ca și când răspunsurile amigdalei nu ar fi modulate de hipocamp. Atunci când ramura simpatică a sistemului nervos autonom este activată, ei pot deveni extrem de agitați, ca și cum s-ar afla în modul luptă sau fugă. Atunci când ramura parasimpatică este activată, ei pot deveni lenți, pot părea disociați sau pot „îngheța".

Pentru că meditația pare să aibă potențialul de a calma corpul (precum și de a întări mentalizarea), ea poate juca un rol foarte folositor în tratamentul acestui subgrup de pacienți preocupați și, prin urmare, pe unii dintre ei i-am învățat să mediteze. Cu fiecare dintre acești pacienți am început fiecare ședință cu o scurtă perioadă de meditație. Astfel de pacienți au intrat frecvent în cabinetul meu într-o stare de agitație aparentă. Tipic, am schimbat câteva cuvinte recunoscând sentimentele lor, înainte de a începe meditația. Ieșind după o perioadă de cinci-zece minute din meditație, acești pacienți, de obicei, păreau mai calmi și mult mai capabili să ia în considerare experiența lor fără să se simtă emoțional și fiziologic copleșiți de aceasta.

Baza suprareactivității lor autonome poate fi în experiențele de atașament timpurii care au fost fie acut, fie cronic traumatice (Schore, 2002). Așa cum am sugerat, pacienții mai tulburați cu o stare mentală de preocupare cu privire la atașament adesea aduc cu ei în terapie un istoric de traumă sau pierdere nerezolvată.

CAPITOLUL 14

Pacientul lipsit de soluție

Vindecarea rănilor traumei sau ale pierderii

IAA identifică ca lipsiți de soluție nu numai unii adulți care sunt preocupați, precum cei descriși în capitolul anterior, ci și pe alții care resping sau chiar sunt siguri. Această descoperire ține pasul cu faptul că mulți dintre noi avem „insule" de traumă sau disociere în trecut (Bromberg, 1998a). Adesea totuși pare să fie o legătură între o stare mentală de lipsă de soluție, pe de-o parte, și probleme psihice serioase, pe de altă parte. Tulburările borderline, disociative și cele de stres posttraumatic par să fie toate asociate cu lipsa de soluție la traumă, cum este o istorie de atașament dezorganizat în copilărie (Dozier și colab., 1999; Hesse, 1999; Solomon & George, 1999; Liotti, 1995; Solomon & Siegel, 2003; Van IJzendorn, Schuenzel & Bakermans-Kranenburg, 1999).

Pentru a identifica pacienți care sunt lipsiți de soluție, trebuie să fim atenți la discontinuitățile în judecată sau discurs atunci când pacienții noștri ating experiențe personale de traumă sau/și pierdere. Amintiți-vă că nu experiența dureroasă și copleșitoare *per se* este cea care are un impact dezorganizator persistent asupra personalității. În schimb, ceea ce este decisiv este *lipsa de soluție* a pacientului cu privire la acea experiență, specific relevată de discontinuitățile pe care le-au descris Main și Hesse (Main, 1995; Hesse, 1999). În măsura în care devenim conștienți de aceste discontinuități, știm că trauma sau/și pierderea vor deveni semnificative în terapia pacientului. Dar este important de știut că lucrul cu impactul traumei nu este *sui generis*. Ca în toate terapiile centrate pe atașament există relație acolo unde există acțiune terapeutică.

Acum câţiva ani m-am întâlnit cu un cuplu care căuta aparent doar să-şi îmbunătăţească comunicarea. În a doua şedinţă, soţul a schimbat mai multe priviri cu soţia sa, Sarah, împreună cu nişte cuvinte pe care nu am reuşit să le desluşesc, ideea fiind de a primi OK-ul de a vorbi despre... ceva. După cum îmi amintesc, el a deschis rana oferind subiectul, iar ea a început de acolo să povestească. S-a dovedit că atunci când era adolescentă, s-a întors într-o zi acasă de la şcoală şi a descoperit că mama sa a fost omorâtă de tatăl său.

Auzind această dezvăluire a unei pierderi traumatice aşa de îngrozitoare, am rămas uluit, aproape fără cuvinte. Sarah a făcut afirmaţia calmă, dar evident disperată că acel eveniment şi ce a urmat după aceea nu au nimic de-a face cu ceea ce este ea astăzi. Când am încurajat-o să spună mai multe despre acea experienţă, dacă se simte suficient de în siguranţă să facă acest lucru, răspunsul ei a fost foarte surprinzător.

În timp ce mai devreme părea implicată şi disponibilă emoţional, acum vorbea despre descoperirea crimei pe un ton plat, care transmitea o detaşare stranie. Părerea sa a fost întreruptă de câteva ori de tăceri extrem de lungi, în timpul cărora părea să se închidă, ca şi când se pierdea în sine. De fiecare dată, părea că trebuie să fie adusă înapoi în cameră cu un cuvânt sau o întrebare din partea mea sau a soţului ei. Uneori, discutând despre trecutul său catastrofal, trecea la timpul prezent.

Toate aceste semne ale unei traume nerezolvate — schimbarea evidentă a stării de conştienţă, tonul vocii de detaşare stranie, descrierea la timpul prezent a trecutului şi pauzele lungi — pot fi înţelese ca reflectând „reîntoarcerea disocierii dezorganizantă şi dezorientantă". În mod evident, această pacientă nu putea să discute despre experienţa traumei sale fără să se simtă, într-un anumit fel, retraumatizată.

La cererea mea, a început o psihoterapie individuală în care, de-a lungul timpului, am descoperit că în mod gradual este capabilă să integreze şi să rezolve trauma pe care iniţial a trebuit să o disocieze. În continuare, în cadrul terapiei de cuplu a spus că deşi a încercat să se gândească la trecutul său cât mai puţin posibil, el

a fost întotdeauna cu ea: „Este ca o pietricică ascuţită în pantof, nu poţi decât să-ţi deformezi mersul".

Extraordinar de dificilă, dar şi cu un potenţial extraordinar de recompensă, terapia pacienţilor cu traume nerezolvate se aseamănă cu cea a altor pacienţi — dar într-un sens mai larg. Cu majoritatea pacienţilor noştri, promovarea integrării este o parte semnificativă a muncii noastre. Cu pacienţii lipsiţi de soluţie, la care disocierea este o trăsătură atât de centrală şi de definitorie, promovarea integrării de diferite feluri este esenţa muncii noastre. În mod similar, în timp ce cu majoritatea pacienţilor relaţia cu terapeutul este o parte semnificativă a terapiei, pentru pacienţii lipsiţi de soluţie, relaţia terapeutică *este* terapia. În sfârşit, mai este şi problema memoriei, care este mult mai problematică pentru pacienţii cu traume nerezolvate decât pentru alţii.

Toţi pacienţii noştri sunt influenţaţi de experienţe de ataşament preverbale, care sunt întipărite şi stocate ca amintiri procedurale implicite — elemente constitutive ale modelelor de lucru ale creierului drept care modelează tiparele iniţiale ale pacientului de relaţionare, ale felului de a simţi şi de a gândi. Astfel de amintiri implicite s-au înregistrat nu numai anterior dezvoltării limbajului, ci şi a acelor structuri cerebrale — în special hipocampul — care plasează amintirile într-un context în care sensul lor poate fi sesizat.

Dar aduceţi-vă aminte: hipocampul în dezvoltare este dezactivat temporar de traumă. De aceea, pentru pacienţii fără soluţie nu contează numai amintirile implicite ale experienţei preverbale — adesea cu o natură dezorganizată —, ci şi cele ale experienţelor *traumatice* ulterioare, care pot rămâne fără cuvinte, fără timp şi fără context. Incapabili să extragă conştient aceste experienţe din memorie, pacienţii traumatizaţi au tendinţa pur şi simplu de a le retrăi, fără să aibă sentimentul de amintire.

Adesea aceşti pacienţi au crescut în relaţii de ataşament dezorganizante, care erau traumatice în cel puţin două moduri: erau copleşitor de dureroase *şi* nu au asigurat copilului niciun context de siguranţă în care să facă faţă acestei dureri. Experienţa aici a fost a unei rupturi devastatoare şi neregulate, fără reparaţie. Astfel de experienţe au generat în aceşti pacienţi multiple modele incoerente ale sinelui, ale celuilalt şi ale relaţiei dintre ei.

'ontea sunt modele profund dezamăgitoare, pe care pacienții lipsiți de luțle le aduc cu ei în terapie.

Ca practicieni a ceea ce Freud a numit o profesie imposibilă, misiunea oastră cu astfel de pacienți este de a le asigura o experiență diferită și un odel diferit de relație. Adică trebuie să generăm o nouă relație de atașa-ent care le dă siguranță, în care au încredere și care este incluzivă — și care rupturile pot fi reparate. Această relație va trebui, de asemenea, să omoveze dezvoltarea resurselor pacienților, inclusiv pe cele necesare re-olvării traumei din trecut. Problema aici este că pacientul care își doreș-în mod conștient să-și aline suferința este în mod inconștient constrâns recreeze cu noi relația veche, de profundă nesiguranță în care nici aju-rul, nici speranța nu erau posibile. Și în contextul unei relații terapeuti-care este resimțită ca fiind nesigură, rezolvarea traumei pacientului este, neînțeles, imposibilă.

epășirea fricii de siguranță a pacientului

Faptul că pacientul nerezolvat are probleme în a tolera o relație secu-zantă cu un terapeut acordat empatic este un paradox care definește are parte din tratament. Crearea unei relații în care pacientul să se *poa-* simți în siguranță este un lucru esențial și dificil. Trebuie văzută ca fi-d scopul suprem al terapiei, dar și o condiție preliminară pentru înce-erea rezolvării traumei pacientului. Acest mod de a pune problema obabil că sună contradictoriu, până când este sesizat faptul că atât crea-a unei relații securizante, cât și confruntarea cu trauma sunt procese în-epătrunse. Așa cum voi explica, obținerea treptată a unui sentiment de guranță în relația cu terapeutul *rezolvă* trauma, în timp ce rezolvarea trep-tă a traumei preîntâmpină necesitatea pacientului de a *retrăi* relația te-peutică (și cea cu ceilalți) ca o reîntâlnire cu vechile amenințări.

S-a făcut o distincție între „traumele cu T-mare", cum este cea din 11 ptembrie sau descoperirea omorârii mamei de către pacienta mea, și „tra-nele T-mic" — experiențele repetate de frică, neajutorare, umilire, ruși-și/sau abandon ale copilului în relația cu figuri de atașament care nu igură niciun fel de reparație (Shapiro & Maxfield, 2003). Traumele cu mic au fost, de asemenea, denumite „traume relaționale" (Schore, 2002) u „traume cumulative" (Kahn, 1963). Astfel de traume obligă copilul —

și mai târziu predispun adultul — să recurgă la mecanisme primitive de autoapărare, incluzând aici disocierea și identificarea proiectivă. Tocmai aceste mecanisme de apărare sunt în mare parte responsabile de aducerea la viață a lumii interne periculoase a pacientului în relația cu terapeutul.

Lucrul cu aceste mecanisme de apărare — prin intermediul unei acordări empatice și al stabilirii de limite descrise mai sus — poate modifica treptat modul în care pacientul trăiește relația terapeutică. Pe măsură ce această relație începe să fie simțită din ce în ce mai sigură, se stabilește un nou model de lucru care „concurează" cu acele modele care au luat naștere ca răspuns la trauma din copilăria pacientului. În acest sens, experiența unei relații din ce în ce mai securizante modulează indirect impactul traumei inițiale, pregătind scena pentru ca pacientul să se confrunte cu trauma mult mai direct.

Tineți cont din nou că totuși lucrul cu relația terapeutică și confruntarea cu trauma sunt procese care se întrepătrund. Lucrul cu relația adesea conduce la sentimente asociate traumei, în timp ce discutarea experienței traumatice ridică adesea probleme în relație. Numai din motive care țin de claritatea expunerii discut despre aceste modalități de lucru ca și cum ar fi strict separate și secvențiale. În măsura în care există o secvență — siguranța în relație, apoi abordarea traumei —, se repetă din nou și din nou.

Drumul spre o relație din ce în ce mai securizantă este unul extrem de zbuciumat, în special pentru că mecanismele de apărare pe care pacientul le folosește pentru a evita trecutul dureros adesea ajung să provoace recrearea lui în prezent. Provocarea terapeutică este atunci de a răspunde acestei evocări a trecutului într-o manieră fermă, dar empatică, stabilind în anumite grade un echilibru între vechile atașamente care înfurie și îngrozesc pacientul și noua relație de atașament ale cărei posibile promisiuni pacientul de-abia poate să și le imagineze inițial.

Altfel spus, scopul nostru este de a-i face capabili pe pacienții noștri care sunt profund scufundați în experiență — și astfel predispuși la a echivala pur și simplu fiecare sentiment sau credință cu realitatea — să arunce o privire asupra unei lumi care poate fi în contradicție cu acele sentimente sau credințe. De-a lungul timpului, combinația dintre a se vedea pe el însuși prin ochii noștri și participarea în interacțiuni care infirmă

ptările lor susținute rigid poate începe să aprindă capacitatea lor de a în considerare mai mult decât o perspectivă asupra experienței — adică a mentaliza. Cum se desfășoară în practică aceste idei despre interacțiunea dintre trauma trecută, mecanismele de apărare și relația pacientului cu terapeutul?

Înainte de începerea primei ședințe a unei psihoterapii foarte lungi, pacientul — un medic specializat în medicina de urgență, pe care îl voi numi Casey — mi-a spus că ambii săi părinți s-au sinucis. Probabil observând expresia de pe fața mea, a clarificat repede că „s-au sinucis lent" prin alcoolism și diverse alte forme de autoneglijare. Confruntat cu mai multe pierderi după câteva luni de tratament, a început să se gândească la sinucidere. Era acum în mod evident disperat să primească ajutor, dar incapabil să-l caute sau să-l folosească, din motive care au devenit repede evidente — chiar dacă, la început, doar pentru mine.

Încă din copilăria timpurie, lui Casey i s-a cerut să joace rolul de părinte grijuliu față de mama sa fragilă și tatăl său violent, precum și față de frații lui mai mici. Deși în mod clar s-a simțit abandonat și neglijat în acest rol, l-a ajutat să evite unele (deși nu toate) dintre exploziile de furie și abuz care în mod regulat zguduiau lumea sa. A avea grijă de ceilalți a devenit pentru el o sursă de identitate, precum și o asigurare împotriva atacului; totuși a fost un rol pe care, în special față de părinții lui, l-a jucat de frică.

De mult timp supărat pe faptul că a trebuit să-și asume responsabilități care nu ar fi trebuit niciodată să fie ale lui, Casey a „ales" să nu impună asupra celorlalți sarcina pe care părinții lui i-au impus-o lui — având ca rezultat faptul că era văzut ca Stânca din Gibraltar. Dar se pare că această apărare contradependență nu era numai rigidă, ci și fragilă. A devenit depresiv, cu gânduri de suicid atunci când s-a confruntat cu pierderi reale și amenințătoare care, după cum presupun, au scos la iveală fantomele abandonului și ale traumei din trecut. Totuși chiar și când s-a simțit copleșit de acestea, i-a fost foarte greu să își recunoască nevoia în mod direct sau să-mi accepte ajutorul.

Pentru mai mult de un an, terapia noastră a semănat cu un fel de serie de urgențe care păreau să aibă un impact la fel de mare asupra mea, cât aveau și asupra pacientului. Au fost nenumărate apeluri telefonice în noapte, amenințări cu suicidul, gesturi și încercări de sinucidere, precum și multiple spitalizări. Simțind că trebuie să mă bat cu pacientul ca să-l țin în viață, am fost câteodată aproape copleșit de furie, anxietate, confuzie sau un sentiment de implicare compulsivă — ca și cum o singură pauză în acordarea asistenței mele ar fi putut să conducă la moarte sau la o altă catastrofă.

Făcând un pas înapoi (lucru pe care am fost capabil să-l fac doar intermitent), am recunoscut faptul că aceste sentimente erau probabil legate de ceea ce Casey a trăit când era copil, cu doi părinți care nu erau doar amenințători, dar care deja se „sinucideau". El nu ajunsese niciodată aproape de a integra aceste sentimente copleșitoare și cu siguranță nu era acum în poziția de a face acest lucru. În schimb, el a disociat și a reușit (în mare parte inconștient) să evoce în mine propriile lui experiențe de nesuportat.

Dar datorită propriei mele istorii, am fost mult prea pregătit să mă identific cu ele — nu în sensul că am cunoscut literalmente aceeași traumă, ci, mai degrabă, pentru că propria mea experiență m-a pregătit să rezonez profund cu Casey și, câteodată, să pun în act cu el aspecte disociate ale relației traumatice cu părinții lui.

Disocierea, identificarea proiectivă și contratransferul

Înainte de a ne întoarce la relatarea activității mele cu acest pacient, trebuie să o localizez în contextul mecanismelor de apărare care protejează pacienți ca acesta de impactul traumei, în același timp însă, din nefericire, asigurând faptul că elemente ale traumei vor fi trăite în mod repetat. Astfel de mecanisme de apărare joacă un rol în evocarea contratransferului terapeutului — și pentru că ceea ce este evocat în terapeut este adesea pus în act cu pacientul, aceste apărări exercită o influență considerabilă în modelarea relației terapeutice.

Să începem cu „disocierea", un termen care are două înțelesuri diferi-e. Se referă la „dezintegrarea" de diferite tipuri, inclusiv clivajul autopro-ector al unei stări mentale de nesuportat (în care, de exemplu, tatăl cui-a i-a omorât mama) de alte stări mentale care sunt mult mai tolerabile și ai ușor de integrat cu sentimentul de sine. Disocierea se referă, de ase-menea, la o stare de conștiență asemănătoare unei transe, modificată în mod defensiv, asemănătoare celei în care pacienta mea din terapia de cu-lu se afla atunci când trauma uciderii mamei sale a reieșit la suprafață. Ambele tipuri de disociere joacă un rol central în experiența și psihotera-ia pacienților cu traume nerezolvate.

Eșecurile integrării, ca să începem cu ele, sunt pervazive în psihologia numeroșilor pacienți. Clivajul — cunoscut și ca „disociere primitivă" (Kernberg, 1984) — este trăsătura defensivă caracteristică a pacienților cu tulburare de personalitate borderline. Implică forme ale sentimentelor, gândirii sau relaționării de tipul totul-sau-nimic, negru-sau-alb, sau-sau care produc trăiri despre sine și ceilalți care sunt compartimentate, supra-simplificate, nerealiste și instabile. În lumea subiectivă a multor pacienți cu traume nerezolvate, ființele umane sunt eroi sau răufăcători, persecu-tori sau victime, salvatori sau neajutorați. Dată fiind și tendința acestor pacienți de a confunda partea cu întregul, ei și figurile cu care interacțio-nează pot ușor trece de la o categorie valorizată la alta opusă. Asta înseam-nă că relațiile cu ceilalți — inclusiv cea cu terapeutul — sunt instabile, zbu-ciumate și le este extraordinar de dificil să se bazeze pe ele.

Dintr-un unghi ușor diferit, lumea internă a pacienților cu traume ne-rezolvate este construită într-un grad mai mic sau mai mare pe modelele de lucru și stările mentale care au trebuit să fie disociate unele de celelal-te în mod defensiv. De exemplu, pentru ca un copil maltratat să evite să trăiască într-o stare de continuă teroare modelele derivate din experiențe-le de abuz pline de frică ale copilului au trebuit să fie disociate de alte mo-dele care au luat naștere din interacțiuni care erau mai puțin amenință-toare. O astfel de istorie lasă discontinuități radicale în lumea internă a adultului, ducând la o vulnerabilitate la schimbări bruște de la stări men-tale obișnuite la stări mentale copleșitoare.

Din punct de vedere neurobiologic, o parte din prețul relațiilor timpu-rii care au necesitat disociere este faptul că un copil ale cărui figuri de ata-șament au fost înspăimântătoare poate eșua în dezvoltarea completă a

acelor structuri neurale integratoare (cum ar fi hipocampul, cortexul or-bito-frontal sau corpul calos) care ajută la modularea sistemului de răs-punsuri de urgență ale creierului, amigdala. Fără o astfel de integrare sau modulare, suprareactivitatea amigdalei face posibil ca stimuli relativ ino-fensivi să provoace răspunsuri autonome extrem de intense la mulți pa-cienți cu traume nerezolvate.

Suplimentar față de modelarea structurii psihobiologice a acestor pa-cienți, disocierea funcționează, de asemenea, ca o primă linie de apărare. Frecvent descrisă ca fiind „scăparea acolo unde nu există scăpare" (Putnam, 1992, p. 173), disocierea nu este numai o problemă de eșec de integrare, ci și o stare hipnotică în care relația sinelui cu realitatea este modificată în scopuri defensive. Ca toate apărările, asigură autoprotecție, dar cu un preț. Pacienții lipsiți de soluție, făcând realitatea mai puțin reală, intrând într-o stare de visare sau amorțire, au reușit să atenueze impactul experiențelor de care se temeau că i-ar putea copleși. Dar aceeași stare modificată care ține departe realitățile dureroase face, de asemenea, imposibilă confrun-tarea efectivă cu aceste realități. Rezultatul este că pacienții lipsiți de so-luție trăiesc ca și cum ar refuza să identifice mirosul fumului care iese de la un incendiu din subsol. Ei rămân întotdeauna la limita de a fi copleșiți, ca și cum ar aștepta la infinit (metaforic vorbind) să scape celălalt pantof fără să realizeze că acesta a căzut deja.

Mai mult, disocierea ca stare modificată atrage după sine, de obicei, ex-periențe de „părăsire a corpului" care pot avea numeroase consecințe pro-blematice. Corpul, care este fizic abandonat pentru a evita experiențe du-reroase, este, într-un anumit sens, pierdut; nu mai este propriul corp al acelei persoane. Pe parcursul procesului, indicatori somatici ai emoțiilor devin inaccesibili sau dificil de citit pentru mulți pacienți lipsiți de solu-ție. Bessel van der Kolk, scriind despre supraviețuitori ai traumelor, a spus: „Eșecul lor de a transpune stările somatice în cuvinte și simboluri îi de-termină să trăiască emoțiile pur și simplu ca probleme fizice... Ei resimt distresul în termeni de organe fizice, și nu de stări psihice" (Van der Kolk, McFarlane & Weisaeth, 1996, p. 423). Astfel, corpul pacienților care diso-ciază poate deveni câmpul de luptă în care problemele psihice sunt scoa-se afară. Parțial ca rezultat, acești pacienți adesea au multe probleme fizi-ce. O complicație ulterioară: pentru că sunt mult prea capabili de a se deconecta de la corpurile lor, adesea cu greu reușesc să aibă grijă de ei. În

, pacienții care disociază pot să ajungă la panică atunci când ajung
simtă mult prea detașați de ei și de corpurile lor — necesitând mă-
rastice pentru a se reconecta. Automutilarea sub formă de tăiere, ar-
mu lovire îi face pe acești pacienți să se simtă mai încorporați din
tunci când disocierea i-a lăsat să se simtă tulburător de nereali și ne-
porați. Lucrul cu corpul — un element principal al psihoterapiei pa-
lor lipsiți de soluție — este o problemă pe care o voi aborda în capi-
16.

socierea care clivează ceea ce Sullivan (1953) a denumit părțile si-
de „eu cel rău" și „nu eu" îi face pe pacienții lipsiți de soluție să se
dentifice" din o gamă de experiențe subiective de nesuportat trecu-
prezente. Totuși, ceea ce este disociat defensiv nu dispare, deși poa-
exilat la periferia conștientizării. Experiențele, amintirile, reprezen-
și sentimentele neintegrate și negate par să caute, figurativ vorbind,
ă.

acă nu pot fi acomodate psihic în interiorul pacientului, ele trebuie
relocalizate în altcineva. Aceasta este identificarea proiectivă defen-
iar în cadrul tratamentului „celălalt" este, bineînțeles, terapeutul. În
sul de relocalizare a experienței disociate în noi, pacientul ne tratea-
așa fel încât să evoce în noi ceea ce nu poate suporta la el și ajungem
identificăm cu acest aspect.

ontratransferul, conceput în sens larg, apare din interacțiunea dintre
tificările proiective ale pacientului și propriul nostru psihic. Este pro-
inevitabil, ca terapeut al unui pacient lipsit de soluție, să nu punem
t într-o anumită formă ceva la care pacientul, în mod proiectiv, ne in-
Acest lucru se întâmplă pentru că, înainte să fie recunoscut și admi-
nt, contratransferul are pur și simplu tendința de a fi trecut la act. Ast-
dacă vrem să reușim în generarea unei relații cu pacientul care să fie
bună decât cele din trecutul său traumatic, este imperativ să încercăm
cunoaștem situațiile care se desfășoară în transfer–contratransfer.

onștientizarea contratransferului are potențialul de a stopa treceri-
act distructive. Acesta poate fi cel mai important argument pentru
serva ceea ce facem, ceea ce simțim și ceea ce dorim în legătură cu
enții noștri cu traume nerezolvate. În măsura în care recunoaștem
ra participării noastre în relația terapeutică, suntem mai capabili să
omportăm în așa fel încât să putem în cele din urmă să stăpânim

reacțiile noastre dificile, „negative", de contratransfer, și nu pur și simplu să le trecem la act sau/și să le negăm.

În acest context, mi-a fost de un mare ajutor în relaționarea cu pacienții lipsiți de soluție să gândesc în termenii modelelor de lucru despre sine și celălalt. A fost teoretizat faptul că (Liotti, 1995, 1999) pacienții traumatizați care disociază — precum Casey, discutat anterior, medic, fiul unui tată violent — pot avea patru experiențe diferite în relație cu ceilalți. Trăind abuzul, neglijarea, pierderea sau traumele relaționale cumulative din partea figurilor de atașament, ei au un model de sine ca victime. Simțindu-se atât ca fiind responsabili pentru traumă, cât și furioși ca răspuns la aceasta — și, probabil, identificându-se cu agresorul —, au un model de sine ca persecutori. După ce au trăit în relația cu figurile de atașament inversarea rolurilor, ei jucând rol parental — amintiți-vă că adesea copiii dezorganizați devin „copii părinți" (care controlează) —, au un model de sine ca fiind salvatori. În sfârșit, pentru că au recurs frecvent la disociere, au un model de sine ca incompetenți cognitiv sau confuzi.

Țineți minte că ceea ce este actualizat în interacțiunea dintre transfer și contratransfer este o *relație*. De exemplu, mă simțeam în permanență constrâns să îl salvez pe Casey, probabil la fel cum și el s-a simțit constrâns — de frică — să-și salveze părinții. Între timp, Casey a părut în interacțiunea noastră să fie la fel de neimplicat în a avea grijă de el, la fel cum a simțit că părinții lui au fost cu ei înșiși. În acest fel, identificarea mea contratransferențială a fost cu componenta de „sine" din modelul de lucru al pacientului, în timp ce el părea să se identifice cu mama sau cu tatăl său. Așa cum o să fie în curând evident, pe de altă parte, aș fi putut la fel de bine să ocup rolul contratransferențial al părintelui său furios care îl abandona, în timp ce Casey — neîncrezător într-o astfel de figură — m-ar fi abordat precaut, în cel mai bun caz, și apoi, invariabil, s-ar fi retras.

Depășirea fricii de siguranță a pacientului (continuare)

În timpul perioadei în care Casey era cel mai periculos pentru sine însuși, mă întâlneam cu el de trei ori pe săptămână și vorbeam cu el puțin, aproape în fiecare zi. Era foarte clar pentru mine, pentru medicul său și pentru psihofarmacologul său că luptam să-i salvăm viața. Pacientul

totuși, amortizat de disociere și automedicație, trecea în mod repetat din criză în negare. În timpul crizei, disperat și furios, vorbea despre ajutor; în negare, pretindea încăpățânat că nu avea nevoie de ajutor. În acest ultim mod, frecvent amenința că părăsește terapia — spunându-mi anterior că dacă într-adevăr ar renunța, aș ști cu siguranță că o să se sinucidă. În relație cu acest pacient am fost fie înfuriat, fie speriat, fie confuz, dar aproape întotdeauna consumat de nevoia de a-l proteja.

Câteodată a fost posibil să sesizez că toate aceste sentimente erau, în parte, rezultatul comunicării nonverbale, proiective și puse în act a lui Casey despre lumea sa internă. Cât timp am fost total scufundat (adică „blocat") în experiență, aceste comunicări mă sufocau pentru că eram, pe rând, persecutorul, victima, ajutorul incompetent sau salvatorul lui Casey. Când am reușit să mă eliberez din strânsoarea lor, am reușit să empatizez cu experiența disociată a pacientului. De asemenea, aceste sentimente mi-au dat indicii despre modul în care ar putea fi nevoie să intervin.

> La un moment dat, când Casey a început în mod regulat să întârzie la ședințe, am început să mă simt din ce în ce mai mânios. Comportamentul său haotic și autodistructiv era, evident, un strigăt de ajutor, dar părea totuși să nu facă aproape nimic pentru a se ajuta. Am simțit că genera o relație în care doar eu singur trebuia să fiu responsabil pentru el, la fel cum îmi imaginam că s-a simțit și el singur și furios având responsabilitatea pe care părinții săi i-au impus-o când era copil.
>
> Apoi pe parcursul unei ședințe la care a ajuns târziu, fără să spună nimic despre întârzierea sa, m-a amenințat din nou că va părăsi terapia. Inițial am fost exasperat, apoi am rămas uimit de senzația extraordinară pe care am simțit-o că eram abandonat. Împreună cu această senzație, s-a cristalizat o imagine și odată cu ea a venit o schimbare în modul în care simțeam despre și înțelegeam comportamentul lui Casey.
>
> Îndemnat de aceasta, precum și de unele consultații mult mai necesare, i-am spus lui Casey că pentru mine are sens faptul că dorește să se oprească. I-am spus că am în minte imaginea lui ca bebeluș care a fost ținut în brațe — și apoi, brusc, a fost scăpat. Am presupus că relația noastră probabil se simte ca o invitație de a fi ținut în brațe din nou și apoi — inevitabil — scăpat.
>
> Acum probabil că a fost rândul lui să fie uimit. Uitându-se la mine fără să poată să spună nimic, dar ca și cum ar fi fost pentru prima dată după mult timp cu adevărat prezent, a spus că este impresionat de profunzimea sentimentelor mele față de experiența sa și că da, îi era imposibil să creadă că nu-l voi scăpa. Era doar o problemă de timp. Apoi a confirmat faptul că și-ar dori să fie capabil să creadă altceva. Am simțit o senzație de recunoaștere împărtășită în timpul tăcerii scurte care a urmat a faptului că a găsit echivalentul emoțional al calmului dintr-o furtună.
>
> După câteva momente, i-am spus că dacă vreau să fiu capabil să-l țin fără să-l scap, trebuie să insist să încerce să se lase ținut. Nu eram în totalitate sigur că poate să facă acest lucru, am adăugat, dar, din partea mea, voiam să încerc să-l ajut: adică nu eram de acord cu faptul că era bine pentru el să oprească terapia sau să vină atât de târziu și să avem mai puțin de jumătate de oră pentru a fi împreună. Pe viitor, dacă întârzia mai mult de 20 de minute, i-am spus că nu mă voi mai întâlni cu el, dar va trebui să-mi plătească ora. Nu a protestat și a început să fie mai punctual la ședințele noastre. Important este faptul că am stabilit o limită care mi-a permis să mă simt mai puțin furios, mai puțin ca și când l-aș scăpa. Probabil că aceeași limită l-a ajutat și pe Casey să se simtă mai puțin „rău", mai puțin de nesuportat și mai eficient susținut.

Ceea ce sper că am reușit să comunic aici este sinergia terapeutică dintre acordarea empatică, pe de-o parte, și stabilirea limitelor potrivite, pe de altă parte. Cu pacienți ca acesta, ambele sunt necesare, dar niciuna suficientă. Fără acordarea noastră empatică, pacientul nu se simte nici înțeles, nici simțit. Fără stabilirea limitelor necesare protejării pacientului și terapeutului, ne vom simți mult prea copleșiți și furioși pentru a putea oferi empatie sau orice fel de alt ajutor care să fie de folos. De asemenea, sper că am transmis necesitatea de a înrola propria noastră experiență subiectivă, precum și puterea acesteia — sentimentele, imaginile, impulsurile noastre — și teoriile noastre pentru a ne fi de ajutor să

simţim ceea ce are într-adevăr nevoie de la noi pacientul cu traumă nerezolvată.

Probabil prima nevoie, deşi continuă, a pacienţilor asemănători lui Casey este cea de asistenţă din partea noastră în gestionarea afectelor lor copleşitoare. Rezonanţa noastră acordată şi empatia, limitele pe care le stabilim, disponibilitatea noastră pe care se pot baza şi grija noastră sunt toate elemente ale reglării interactive a afectului pe care sperăm să o asigurăm în moduri în care figurile de ataşament iniţiale ale pacientului nu au putut să o facă. Cuvintele pe care le folosim pentru a numi sentimentele pacientului şi a le da un context sunt, de asemenea, elemente-cheie ale acestei reglări mutuale a afectului. Atunci când reuşim să acordăm un astfel de ajutor, infirmăm aşteptările transferenţiale ale pacientului şi întărim sentimentul că relaţia terapeutică este o bază de siguranţă.

Asigurarea eficientă a unui astfel de ajutor poate fi dificilă. Runde după runde de acordare, dezacordare şi reparaţie interactivă sunt de obicei necesare înainte ca pacientul lipsit de soluţie să înceapă să aibă încredere în potenţialul de reglare emoţională al noii relaţii. Secvenţele repetate de distrugere şi reparaţie sunt esenţiale pentru că ajutorul nostru pentru a face faţă sentimentelor dureroase este adesea resimţit de pacient ca fiind nefolositor. Poate fi resimţit ca şi cum am vrea să-l controlăm, ca şi cum am fi intruzivi sau/şi acordaţi. De asemenea, se poate înregistra ca o invitaţie periculoasă pentru pacient de a risca să fie „scăpat" din nou.

Astfel de răspunsuri adesea reflectă absenţa unor interacţiuni de reglare afectivă adecvată cu figurile de ataşament iniţiale ale pacientului — ca şi prezenţa interacţiunilor care au fost traumatice. Amintirile implicite ale acestor interacţiuni sunt retrăite în relaţia cu terapeutul, în timp ce pacientul nerezolvat nu este, în marea parte a timpului, conştient de faptul că poate retrăi aceste lucruri din memorie. Totuşi, după secvenţe repetate pline de emoţii, de rupturi şi reparări care par să infirme aşteptările determinate de traumă ale pacientului, lucrurile pot să se schimbe. Pe măsură ce pacientul, încet, îşi dă seama că se poate baza pe relaţia terapeutică ca sursă de siguranţă, poate ajunge gradual să fie mai capabil de a recunoaşte tendinţa sa împovărătoare de a trăi prezentul ca şi cum nu ar fi deloc diferit de trecut.

Transpunerea traumei în cuvinte

> Yassir, un antreprenor palestinian, a urmat o terapie cu mine, în mod intermitent, pe durata mai multor ani. Spre mijlocul unei şedinţe recente, a început să nu se mai simtă confortabil. Era transpirat şi părea anxios. Se pare că se simţea claustrofobic şi speriat, fără să înţeleagă de ce. Pe măsură ce am explorat sentimentul său de claustrofobie, şi-a amintit brusc de o experienţă pe care a avut-o când era copil în vârstă de opt ani, în Jericho, la începutul războiului din 1967.
>
> El a povestit amintirea la timpul prezent. Se aud sunetele sirenelor de atac aerian şi ale avioanelor de luptă. Afară, privind în sus, din stradă, vede avioanele angajate în dueluri aeriene. Fuge la adăpost, într-un loc care se dovedeşte a fi un adăpost pentru bombardament periculos de aglomerat. Coboară scările şi simte că se sufocă. Se zbate să iasă afară, dar este tras înapoi. Simte teroare.
>
> Apoi vorbeşte despre lunile care au urmat: fuga familiei în Iordania — maşinile în flăcări, corpurile celor morţi şi ale celor răniţi de pe drum — şi apoi reîntoarcerea familiei, printr-o trecere clandestină nocturnă a râului Iordan, unde apa era până la nivelul umerilor, iar copiii erau ţinuţi deasupra capului. În acest moment, a făcut o pauză şi l-am întrebat ce simte. A spus că probabil îmi va fi greu să cred, dar răspunsul este absolut nimic.
>
> Apoi a spus: „Este îngrozitor de înăbuşitor aici".

Mă voi întoarce la această şedinţă imediat, dar mai întâi vreau să subliniez importanţa, pentru majoritatea pacienţilor cu traume nerezolvate, să îşi reamintească experienţele evenimentelor traumatice şi să le transpună în cuvinte şi nu numai să retrăiască sentimentele legate de traumă în relaţia cu terapeutul, fără o „semnătură a timpului" adecvată. Amintirile intruzive ale traumelor nerezolvate, precum şi apărările împotriva acestor amintiri produc un sentiment de neajutorare. Numirea acestor sentimente asociate traumei conferă un sentiment din ce în ce mai mare de stăpânire. Mai mult, amintirile unei traume neprocesate sunt „îngheţate" în timp, având ca rezultat faptul că trecutul este trăit, în mod subiectiv, ca prezent. Atunci când experienţele traumatice vechi

nt fi reaccesate fără ca pacientul să se simtă retraumatizat, amintirile aumei sunt schimbate. Parafrazându-l pe Stern (2004), ei au acum „un nu context de amintire" care poate fi transformator pe măsură ce evenimentele copleșitoare sunt reamintite cu sentimente, iar înțelesul lor ste elaborat în siguranța (relativă) a relației cu celălalt, care este mai puternic și mai înțelept. Într-un astfel de context, trauma pacientului oate începe să fie limitată în spațiul și timpul său și nu să rămână o mniprezență perturbatoare.

În stabilirea acestui nou context pentru trauma din trecut avem nevo-, de asemenea, să facem legături între trecutul neliniștitor și consecințele sale actuale. Astfel:

> Când Yassir a spus că în cameră era înăbușitor, l-am întrebat dacă se simte claustrofobic aici, acum. În timp ce îmi răspundea „Puțin", deja deschideam ferestrele și trăgeam draperiile. A respirat de câteva ori profund și imediat a părut a fi ușurat. Am explorat ideea de a nu mă fi rugat mai devreme să fac ceea ce știa că vrea și avea nevoie, adică, să aibă mai mult aer în cameră. Această explorare a condus spre luarea în considerare a vinovăției sale ca supraviețuitor.
>
> Cu un an înainte ca războiul să înceapă, mama sa a născut un băiat cu handicap, iar tatăl său, care cândva era o „persoană importantă", a făcut un infarct și a ajuns să vândă bilete de loto în stradă. În această perioadă, Yassir a hotărât că nevoile sale („pentru pantofi, pentru educație") trebuie să rămână în urma nevoilor celorlalți. De aici și inhibiția sa atunci când vine vorba să-și verbalizeze dorințele. De asemenea, am atins și experiențele zilnice ale fricilor lui aproape pervazive, pe care părea pregătit să le raționalizeze. În mod clar, stabilirea conexiunilor între istoria lui de traumă și neliniștea sa actuală urma să fie un proces în desfășurare.

Asemenea multor pacienți cu traume nerezolvate, el era extrem de reticent în a-și lăsa garda jos. Pregătit pentru următoarea catastrofă, era totuși destul de sceptic că acea catastrofă de care îi era frică s-a întâmplat deja.

Retrăirea traumei fără a fi retraumatizat, numirea sentimentelor și senzațiilor corporale legate de traumă, transformarea amintirilor implicite în amintiri explicite — toate acestea în contextul unei relații terapeutice din ce în ce mai sigure și al unei reglări afective eficiente — sunt printre ingredientele esențiale în tratamentul pacienților cu traume nerezolvate. La fel sunt și mentalizarea și poziția meditativă.

Când răspundem pacientului din punctul de vedere al sentimentelor, nevoilor și credințelor care stau la baza comportamentului său, începem să aprindem capacitatea sa biologică de mentalizare. Cu această capacitate, pacientul poate, din ce în ce mai bine, să se retragă din experiența imediată — să spunem experiența fricii — pentru a o înțelege. O astfel de reflecție conferă un sentiment mai crescut al controlului asupra sentimentelor și comportamentului și le face mai pline de înțeles și mai previzibile. Aceasta la rândul său ajută la generarea unei siguranțe care de obicei se găsește în cantități mici la pacienții cu traume nerezolvate. Atitudinea meditativă, în cele din urmă, are un rol atât în cazul terapeutului pacientului cu traumă nerezolvată, cât și pentru pacientul însuși. Pentru terapeut, abilitatea de a intra într-o stare meditativă poate diminua presiunea din contratransfer care apare în tratamentul pacienților care au fost traumatizați. Pentru pacientul cu traumă nerezolvată meditația are potențialul, din punct de vedere emoțional, de a asigura un adăpost în fața furtunii (Linehan, 1993). Așa cum va fi discutat în capitolul 16, atenția meditativă către corp (și în special către respirație) poate servi ca un antidot panicii și disocierii, precum și ca un mijloc de a diminua gradual suprareactivitatea autonomă a pacientului. În cele din urmă, practicarea meditativă a observării și a etichetării gândurilor, sentimentelor și senzațiilor corporale (și nu evitarea acestora sau a se lăsa dus de ele) poate susține capacitatea abia născută de mentalizare a pacientului (Allen & Fonagy, 2002). Pentru pacientul cu traumă nerezolvată, la care atracția emoțiilor, senzațiilor și credințelor este aproape irezistibilă, acest lucru poate fi un tip de suport foarte folositor.

Domeniul nonverbal I

Lucrul cu evocările și cu trecerile la act

În psihoterapia orientată pe atașament, scopul nostru este de a genera împreună cu pacientul o nouă relație care este mai acordată, mai incluzivă și mai colaborativă decât cele care l-au modelat inițial. Din mai multe motive, crearea unei astfel de relații necesită o concentrare atentă asupra subtextului nonverbal, bazat pe emoție, al dialogului terapeutic. Experiența preverbală de atașament a pacientului, trauma pentru care nu are cuvinte, sentimentele și nevoile pe care a trebuit să le disocieze — toate acestea sunt în mare parte făcute accesibile *nu* prin exprimarea lor directă de către pacient, ci mai degrabă prin intermediul a ceea ce evocă în noi, trece la act cu noi sau încorporează.

De aceea, în timp ce ascultăm cuvintele pacientului și îi răspundem cu propriile noastre cuvinte trebuie să fim la fel de atenți, dacă nu și mai atenți, la curenții emoționali, relaționali și viscerali/somatici care dau formă schimbului verbal. Cuvintele pot sau nu pot exprima înțelesuri semnificative. Subtextul nonverbal, implicit, aproape întotdeauna poate face acest lucru. *Sentimentul* a ceea ce se întâmplă *aici* — adică simțul a ceea ce se întâmplă de fapt în relația terapeutică — este cel care ne poate conduce direct la ceea ce este aflat în tăcere, atât în experiența pacientului, cât și în interacțiunile cocreate.

Pentru a minimiza riscul ca atenția noastră să fie monopolizată de cuvintele pacientului trebuie să ne reamintim nouă înșine să „citim" limbajul corpului pacientului: expresiile feței, ritmul și tonul vocii, ritmul respirației pacientului, precum și nuanțele posturii, gesticii și altora asemănătoare. La fel de important este faptul că trebuie să ne amintim să luăm o pauză și să respirăm adânc pentru a putea simți ceea ce se întâmplă

Ascuțirea simțului clinic

Pentru a-i asigura pacientului o bază de siguranță îi oferim o experiență relațională corectivă care poate să fie vindecătoare în sine. Din această perspectivă, legătura de atașament pe care pacientul o dezvoltă în relația cu terapeutul poate fi elementul–cheie al intervenției terapeutice. Totuși, relația de atașament poate să servească, de asemenea, ca un context excepțional de eficient pentru integrarea fațetelor disociate ale experienței pacientului, precum și pentru alimentarea potențialului pacientului atât de a reflecta, cât și de a trăi într-un mod meditativ. Cum poate terapeutul să folosească cel mai bine acest nou context de dezvoltare reprezintă subiectul următoarelor trei capitole.

Capitolul 15 descrie în detaliu modurile în care putem să folosim experiența noastră subiectivă și conștientizarea trecerilor la act cocreate drept căi de acces spre domeniul nonverbal, care este adesea și domeniul aspectelor disociate.

Capitolul 16 se concentrează asupra corpului. Senzațiile somatice ale pacientului, expresiile, mișcările și postura vorbesc fără cuvinte — cum fac și cele ale terapeutului. Lucrând cu corpul, putem ajunge la emoțiile pacientului și putem ajuta la reglarea acestora. Pentru că atât experiențele prelingvistice, cât și trauma se înregistrează la nivelurile somatic și psihic, concentrarea asupra corpului poate scoate la lumină experiențe neverbalizate și disociate.

Capitolul 17 descrie mentalizarea și poziția meditativă drept căi complementare ale eliberării psihice. Prima ne eliberează prin intermediul înțelegerii, iar cea de-a doua prin intermediul acceptării, prezenței și conștientizării. Ca terapeuți, putem încerca, prin mai multe moduri, să ajutăm la schimbarea atitudinii pacientului față de experiență, într-o direcție mai reflexivă și mai meditativă. Cât de mult putem să fim de ajutor aici va depinde în cele din urmă de cât de eficient suntem capabili să ne cultivăm propriile noastre capacități de mentalizare și meditație.

interiorul *nostru* — nu în primul rând gândurile noastre discursive, ci perienţa noastră corporală şi emoţională. Ne simţim în totalitate prentl, treziţi de propriile emoţii şi implicaţi în relaţia cu pacientul? Dacă , care *este* natura experienţei noastre? Cum poate fi ea legată cu expenţa pacientului? Ne uităm în noi înşine pentru a şti mai multe despre cient, precum şi despre calitatea şi înţelesul responsivităţii noastre faţă pacient.

Cercetarea ataşamentului nu lasă nicio îndoială asupra faptului că staa mentală a părintelui exercită o influenţă crucială asupra dezvoltării pilului. Experienţa clinică (atât cea de pe canapeaua cabinetului, cât şi a dinafară) sugerează faptul că starea mentală a terapeutului cu privire ataşament exercită o influenţă similară, crucială, deşi probabil mai pui puternică, asupra dezvoltării pacientului în psihoterapie.

Pentru a deveni conştienţi de impactul propriilor noastre stări mentaasupra pacientului, trebuie să fim îndeosebi atenţi la reacţiile pacientul faţă de ceea ce spunem şi facem sau nu spunem şi nu facem. Recunoaşrea acestor reacţii afective necesită atenţia noastră faţă de cuvintele acientului, dar şi faţă de comunicarea lui nonverbală. Ne concentrăm upra experienţei pacientului pentru a o înţelege, dar şi ca o modalitate recunoaştere a naturii propriei noastre participări la relaţie.

Bineînţeles, acest lucru ne aduce direct la problema trecerilor la act în nsfer-contratransfer — adică expresia comportamentală a subiectivităor pacientului şi ale terapeutului aflate în interacţiune. Dat fiind faptul aceste treceri la act sunt continue şi inevitabile, întrebarea nu se pune *că* participăm la trecerea la act, ci *cum* participăm. Ce *facem* noi, de fapt, pacientul? Ce roluri suntem tentaţi să ne asumăm? Asupra cărui lucru egem să ne concentrăm? Ce evităm? Ce motivaţii inconştiente pot determina partea noastră de trecere la act?

Pentru că trecerile la act iau naştere din influenţele *corespondente* din nsfer şi contratransfer, a deveni conştienţi de propriile noastre contriţii la interacţiune este adesea o etapă preliminară pentru descoperirea ntribuţiilor pacientului.

Acest tip de autoconştientizare adesea atrage intervenţii intuitive, care ilitează un sentiment din ce în ce mai mare de acordare şi colaborare tre pacient şi terapeut aflaţi împreună în urmărirea unor ţeluri comune. dâncirea progresivă a acestui sentiment de „potrivire" este una dintre

cele mai importante căi prin care cuplul terapeutic generează o nouă relaţie de ataşament care poate transforma modelele de lucru de nesiguranţă ale pacientului în unele de siguranţă „dobândită".

Aşa cum a fost explicat în capitolul 8, terapeuţii şi pacienţii sunt implicaţi împreună într-un proces de încercare şi eroare pentru a simţi calea către o astfel de potrivire, prin intermediul „improvizării mişcărilor relaţionale" (Lyons-Ruth & Boston Change Process Study Group, 2001; Change Process Study Group, 2005). Pe de altă parte, acest proces se desfăşoară implicit (şi iniţial nonverbal), pe măsură ce ambii parteneri simt acest lucru şi răspund corespunzător la ceea ce se întâmplă în interiorul lor, în interiorul celuilalt şi între ei doi. Pe de altă parte, a face o astfel de experienţă implicită să fie *explicită* poate avea un rol–cheie în procesele de recunoaştere care cresc probabilitatea ca „a merge alături" în psihoterapie să însemne „a merge mai departe".

Pentru a-i ajuta pe clinicieni să lucreze eficient cu dimensiunea implicită, nonverbală a interacţiunii terapeutice, le-am oferit o metodă mai rapidă, prin faptul că ceea ce pacienţii noştri nu pot să verbalizeze vor avea tendinţa să evoce, să treacă la act sau să încorporeze. Deşi discuţia care urmează în acest capitol şi în următorul este organizată în concordanţă cu acest lucru, aceste categorii nu sunt niciodată atât de distincte în practică pe cât sunt în teorie. Ceea ce pacienţii evocă în noi adesea punem în act. Ceea ce pacienţii încorporează adesea evocă în noi. Şi aşa mai departe.

Mai mult, aşa cum am sugerat deja, curenţii unei relaţii terapeutice rareori, dacă nu chiar niciodată, merg într-o singură direcţie. Putem fi o prezenţă evocatoare pentru pacienţii noştri aşa cum sunt şi ei pentru noi. Putem fi la fel de responsabili pentru iniţierea trecerilor la act aşa cum este şi pacientul. Putem fi la fel de predispuşi ca pacientul să ne exprimăm sentimentele, fără să ne dăm seama, prin intermediul corpului.

Totuşi, relaţia terapeutică este caracterizată nu numai prin această mutualitate, ci şi prin asimetrie. Deşi pacientul şi terapeutul se influenţează inevitabil mutual şi împart multe vulnerabilităţi similare, pregătirea terapeutului, experienţa clinică şi terapia personală (dacă nu şi istoria personală) adesea conferă avantaje care pot lipsi pacientului. Acestea includ — în special — o capacitate bine dezvoltată de a tolera, a recunoaşte şi de a da un sens propriilor noastre sentimente şi sentimentelor celorlalţi, precum şi o recunoaştere, derivată din experienţă, a puterii inconştientului.

Mai mult, rolurile terapeutului și pacientului sunt foarte diferite: unul te acolo ca să ajute, celălalt ca să primească ajutor. Până la urmă, vulnebilitatea pacientului, nemulțumirea și speranța sa sunt elementele imrtante și „rațiunea de a fi" ale relației terapeutice. Această asimetrie creză un context în care ne putem simți mai siguri decât pacientul și mult ai siguri decât ne simțim în mod obișnuit. Ca o consecință, suntem adea mult mai capabili decât am fi altfel în a asigura flexibilitatea și acorarea empatică (inclusiv acordarea la experiența nonverbală afectivă) care posibilă o relație de atașament securizantă.

Așa cum s-a discutat în capitolul 10, teoria relațională și a intersubiecvității este o resursă unică, puternică atunci când vine vorba de lucrul experiența nonverbală, pe care cercetarea atașamentului o consideră ât de importantă. În mod specific, această teorie ne dezvăluie cum pum face față cel mai eficient la ceea ce este evocat sau trecut la act în rela terapeutică. Cu alte cuvinte, teoria ne ajută să recunoaștem, să înțegem și să intervenim în interacțiunile de transfer-contratransfer care sunt plicite și neverbalizate. Aceste interacțiuni, inițial inconștiente, pot fi o rsă de neprețuit, dar și un obstacol provocator.

Dar înainte de a le discuta în amănunt, vreau să ating unele cercetări teorii clinice despre diferențele individuale în percepția și exprimarea perienței în domeniul nonverbal. Felul în care terapeuții și pacienții counică și interpretează mesajele nonverbale pe care le schimbă are un imct enorm în măsura în care ei ajung să se simtă sincronizați și să simtă vor ajunge undeva împreună. Pentru că aceia dintre noi cu stiluri de așament diferite tind să comunice nonverbal în moduri diferite, cunoașea acestor diferențe poate fi folositoare pentru a ne înțelege pe noi înne, precum și pe pacienții noștri.

municarea nonverbală

„Responsivitatea senzitivă" care facilitează siguranța în primele relații pinde în mare măsură de abilitatea figurii de atașament de a citi cu acuețe semnalele nonverbale ale bebelușului și de a comunica nonverbal spunsuri care să fie contingente — adică acordate sau potrivite la semlele copilului. În mod similar, acordarea noastră empatică la pacient dende în mare parte de capacitatea noastră de a citi cu acuratețe indiciile

nonverbale ale pacientului și de a răspunde nonverbal (precum și verbal) în moduri care să permită pacienților să simtă că propriile lor stări interne nu sunt doar înțelese, dar cumva și *simțite* de către terapeut (Schore, 2003; Siegel, 1999).

Deși ne dorim cu toții să fim fluenți în limbajul comunicării nonverbale, capacitatea de a înțelege și de a transmite mesajele nonverbale variază de la o persoană la alta. Cercetările din psihologia socială sugerează că oamenii siguri pot fi mai adaptați la comunicarea nonverbală decât cei care nu sunt siguri (Schachner, Shaver & Mikulincer, 2005). Citirea mesajelor nonverbale ale celorlalți tinde să fie precisă, în timp ce mesajele lor nonverbale tind să fie mai clare și mai directe.

Comunicarea nonverbală a indivizilor nesiguri poate fi problematică în moduri care depind parțial de stilul lor de atașament. Să începem cu dimensiunea expresivă. Comparat cu cel al indivizilor siguri, comportamentul nonverbal al celor descriși în psihologia socială ca fiind „evitanți" (care resping) tinde să fie destul de limitat. Expresiile lor faciale scot la iveală mult mai puține lucruri, se uită la ceilalți și îi ating mult mai puțin, iar tonul vocii lor poate transmite sentimente mai puțin pozitive. În contexte legate de atașament, ei caută mai puțin suportul nonverbal și mai mult privesc sau se întorc în altă parte. În schimb, comportamentul nonverbal al indivizilor descriși ca fiind „anxioși" (preocupați) tinde să fie mult prea expresiv, în special atunci când caută suport și/sau când emoțiile lor sunt negative.

În ceea ce privește sensibilitatea lor la indiciile nonverbale, în special cele care semnalizează nevoia sau distresul, indivizii evitanți par să le ignore sau să nu le vadă, în timp ce indivizii anxioși tind să suprarăspundă, reacționând câteodată la semnalele pe care ei și le imaginează, și nu la cele pe care le percep cu acuratețe. În general, indivizii nesiguri par să îi evalueze pe ceilalți cu anumite prejudecăți specifice. Cercetările sugerează că adulții evitanți tind să presupună că sunt diferiți și distincți față de ceilalți — și tind să vadă la ceilalți dovezi (proiectate) ale propriilor lor trăsături *nedorite*. Adulții anxioși, în schimb, sunt predispuși să presupună că ceilalți sunt similari lor — și tind să vadă în ceilalți dovezi (proiectate) ale trăsăturilor lor *actuale* (Mikulincer & Shaver, 2003). Aceste tipare de prejudecăți (false diferențe sau false asemănări) și proiecții (ale trăsăturilor nedorite sau actuale) pot juca un rol în reacțiile transferențiale ale

enților noștri. Ele pot fi, de asemenea, un factor în răspunsurile noas- contratransferențiale. Bineînțeles, cele două interacționează între ele. De exemplu, un pacient care respinge, înclinat într-o manieră vinova- a-și nega propria agresivitate, adesea „citește" (sau nu citește corect) în tonul vocii sau în expresia feței mele. Dintr-un punct de vedere, putut înțelege interpretarea sa tendențioasă ca fiind rezultat al pro- ei și al diferențierii false: conform modului în care citea indiciile mele verbale, eu eram furios și el nu. Pe de altă parte, transferul acestui pa- era fără îndoială „îndreptățit", în anumite momente, de contratrans- l meu. Ochiul său atent la ostilitate și propria mea tendință de a pre- une că *împărtășim* un sentiment de vulnerabilitate (falsă asemănare) combinat pentru a evoca din partea mea un răspuns excesiv de pro- or și excesiv de controlat. Simțindu-mă profund incomodat de faptul rebuia să fiu atât de atent la ceea ce dezvălui nonverbal pacientului, devenit treptat iritat.

proximativ în același mod, o pacientă preocupată care se afla adesea istres nu a știut ce să facă atunci când a văzut (sau a crezut că a vă- semne nonverbale ale faptului că ceilalți sunt supărați ca răspuns la itarea sa ca ei să se simtă bine. În ceea ce privește relația noastră, mi-a că nu crede că vom fi un cuplu bun pentru că eram amândoi mult prost dispuși. Era acest lucru o problemă de asemănare falsă? Nu mai uie să vă spun că am avut o conversație foarte interesantă despre sen- ntul ei legat de faptul că suntem alcătuiți psihic la fel.

lături de cercetarea prejudecăților și a proiecției, descoperirile înru- sugerează că indivizii evitanți sau anxioși au tendința de a citi inten- ostile din comportamentul partenerilor lor chiar și atunci când aceste ii sugerează că astfel de intenții nu există (Schacter, Shaver & Miku- r, 2005). În general, se pare că pacienții cu un istoric de atașament pro- atic au dificultăți în a decoda cu acuratețe indiciile nonverbale, cum expresiile faciale, și sunt, în consecință, vulnerabili la a interpreta gre- moțiile și intențiile celorlalți (Schore, 2003).

special cu astfel de pacienți poate fi important pentru terapeuți să ult mai transparenți. Atunci când suntem un mister pentru acești pa- ți, putem să consolidăm fără să vrem un surplus de transfer negativ. d un astfel de pacient pare să-mi atribuie greșit sentimente, adesea am s, în mod deliberat, să-mi dezvălui experiența emoțională. Atunci când

această expunere a fost privită cu scepticism, l-am rugat pe pacient să *se uite la fața mea* atunci când mă ascultă. *Ce vede acolo? Ce mă aude spunând? Cele două canale se potrivesc sau nu?* Bineînțeles, țin deschisă posibilitatea ca pacientul să observe un anumit aspect al experienței mele de care să nu fiu conștient. Într-un astfel de context, scopul meu este de a întări capacitatea pacientului de a fi atent în mod deliberat la indiciile nonverbale, astfel încât să fie capabil să le citească cu o mai mare acuratețe. Pentru pacienți, primul pas aici — adesea unul amețitor — este să-și permită să înceapă să pună cel puțin sub semnul întrebării interpretarea lor automată a acestor semne.

Transmiterea și recepția nonverbală a emoțiilor despre care am discutat, conform dovezilor cercetărilor din neuroștiințe, sunt o specializare a creierului drept. Din perspectiva lui Schore (2005), clinicienii ar trebui să se concentreze asupra părții stângi a feței pacientului, pentru că partea stângă este cea care este dominată de creierul drept, nonverbal, socioemoțional. Într-adevăr, studiile au arătat că partea stângă a feței este mult mai expresivă emoțional decât cea dreaptă (Mandal & Ambady, 2004). Sugestia lui Schore poate părea un truc mecanic, dar l-am găsit extrem de folositor. A ne „acorda cu creierul drept" la partea stângă a feței pacientului este, bineînțeles, o recomandare foarte specifică, ce exemplifică necesitatea mare de a ne concentra atenția asupra indiciilor nonverbale ale pacientului.

Mult din ceea ce este comunicat nonverbal rămâne implicit — un substrat afectiv al indiciilor rapide și al răspunsurilor care modelează și remodelează dialogul vorbit moment cu moment. Se speră că, în mare parte a timpului, acest schimb permanent de indicii vizuale și auditive între pacient și terapeut generează o atmosferă de siguranță în care cei doi parteneri se simt sincronizați emoțional. Pe de altă parte, pot exista curenți perturbatori în relația implicită, împărtășită, care sunt exprimați doar nonverbal — pe care pacientul să fie incapabil sau nedornic să-i numească.

Faptul că vreuna din aceste două variante total diferite ale experienței va fi abordată explicit depinde adesea de terapeut. Putem alege să facem să fie explicită interacțiunea implicită sau nu. Dacă alegem să facem implicitul explicit, atunci avem altă întrebare la care să răspundem: ar trebui să dezvăluim direct ce simțim în interacțiunea cu pacientul? Sau ar trebui

folosim în schimb această experiență în mod indirect, sub forma unui mentariu empatic sau a unei interpretări? Întrebări ca acestea sunt de-ebit de presante atunci când simțim că pacienții au reușit să evoce une-aspecte ale propriilor lor experiențe în interiorul nostru.

este de făcut cu ceea ce este evocat?

Ceea ce credem că *ar trebui* să facem cu experiența pe care pacientul o ocă în noi și ceea ce facem de fapt se pot dovedi a fi două lucruri dife-e. Primul, de obicei, depinde de ceea ce simțim conștient că pare să fie mai folositor pentru pacient. Al doilea depinde de mai mulți factori, ajoritatea fiind inițial inconștienți. Acești factori — incluzând propria astră alcătuire psihică, dispoziția sau preocuparea de moment, precum influența pacientului — interacționează cu intențiile noastre deliberate a genera răspunsuri care sunt imprevizibile și, într-o oarecare măsură, afara controlului nostru conștient. Adesea, aceste răspunsuri nepreme-itate se dovedesc a fi productive. Câteodată însă ele sunt problematice.

> Neil, un avocat hipiot, divorțat, de 50 de ani, mi-a cerut ajutorul pentru a face față anxietății. Pe parcursul câtorva luni a ajuns să înțeleagă că anxietatea, deși cel mai evident deranjant sentiment, era doar unul dintre multe alte sentimente care erau greu de suportat pentru el. Odată, ședința noastră a început cu o tăcere lungă, pe care am întrerupt-o în cele din urmă întrebându-l pe Neil ce se întâmplă în interiorul său. Când venea spre mine cu mașina, mi-a spus, a auzit la radio despre moartea lui Jerry Garcia, iar acum trăia „un mic sentiment de tristețe". A adăugat că are mai mulți prieteni pentru care chitaristul formației Grateful Dead este o adevărată icoană, un adevărat erou al anilor '60. Probabil că ei simt acum ceva cu adevărat.
>
> A urmat apoi o altă tăcere scurtă, în care m-am gândit la cât de greu trebuie să-i fi fost *lui* să simtă acest lucru. Am luat în considerare ideea de a-l invita pe Neil să spună mai multe despre sentimentul său de tristețe. În acel moment am devenit conștient de propria mea tristețe. Și eu auzisem în acea dimineață despre moartea lui Garcia, dar reacția mea atunci a fost mută. Acum sentimentele erau mai puternice, mai ascuțite. Simțind că Neil este conștient de emoțiile mele, dar nu și de reacția mea de mai devreme, și bănuind că prin comunicarea experienței mele se poate face loc și experienței lui, i-am spus: „Nu sunt sigur de modul în care se potrivește acest lucru cu ceea ce poate fi important pentru tine, dar mi-am adus aminte acum că am auzit și eu despre moartea lui Garcia când veneam încoace. Cred că nu mi-am permis să simt mare lucru, fiind îngrijorat de faptul că veneam apoi la serviciu. Probabil că ne putem întreba câteodată despre cât de mult ne permitem să simțim". Spunând aceste lucruri mi-am simțit ochii umezi. Apoi, am văzut că și el avea lacrimi în ochi. După câteva momente, a recunoscut scurt că probabil s-a simțit „mai mult decât puțin trist". Apoi a devenit extrem de anxios.

Așa cum a fost schițată până acum, interacțiunea mea cu Neil pare să ilustreze câteva puncte legate de utilitatea lucrului cu trăirea pe care pacientul o evocă în terapeut — precum și cu trăirea pe care terapeutul o evocă în pacient.

În primul rând, această modalitate de lucru poate contribui la o relație terapeutică care să fie incluzivă și care să ceară ceva mai mult de la pacienți decât s-ar aștepta ei — două dintre caracteristicile relațiilor de dezvoltare pe care cercetătorii le-au găsit a fi asociate cu atașamentul securizant (Lyons-Ruth, 1999). Participarea la tristețea pe care Neil a evocat-o în mine — și dezvăluirea reticenței mele anterioare de a simți pe deplin propria mea tristețe — a adus în cabinet emoțiile lui Neil și anxietatea legată de ele. Sentimentele pe care el a învățat să le disocieze au prins viață în interacțiunea noastră unde acestea au putut fi trăite, înțelese și, eventual, integrate. Lucrând în acest mod cu Neil a dus, de asemenea, la „îmbunătățirea dialogului" (Lyons-Ruth, 1999) care a început să lase loc pentru ceea ce ar putea fi descris drept „știut *neresimțit*". Asigurarea faptului că conversația terapeutică implică nu numai „mintea care gândește", ci și „corpul care simte" poate fi deosebit de importantă cu pacienți ca Neil, a căror orientare față de atașament pare să fie predominant de respingere.

În al doilea rând, interacțiunea noastră ilustrează cât de important este să ținem cont de faptul că influența evocatoare din relația dintre pacient

și terapeut se manifestă în ambele direcții. Atunci când Neil a discutat despre trăirea sa de tristețe (în mod defensiv minimalizată), a evocat propria mea tristețe (inițial minimalizată). În schimb, cred că tristețea pe care i-am comunicat-o lui Neil prin intermediul cuvintelor mele și al ochilor mei umeziți a evocat propriile lui lacrimi și câteva momente mai târziu anxietatea sa.

Cât de mult această „contagiune" emoțională marchează experiența unui cuplu terapeutic poate depinde de numeroși factori. Dintr-un punct de vedere, este probabil întotdeauna acolo. Fiind echipați de evoluție cu neuroni-oglindă, suntem cu toții echipați pentru a participa la experiența subiectivă a altor persoane. Din alt punct de vedere, poate depinde de gradul în care suntem dispuși și de abilitatea ca terapeuți de a fi disponibili emoțional la influența pacientului. În sfârșit, poate fi faptul că orice reușește pacientul să evoce trebuie să fie „evocabil" în acel terapeut implicat. Adică ar trebui să existe un „cârlig" intern de care pacientul să-și atârne pălăria. Mă refer aici, în sens larg, la particularitățile caracterului terapeutului, iar, într-un sens mai restrâns, la detaliile experienței trăite de terapeut. De exemplu, cred că nu aș fi reușit să rezonez atât de profund cu sentimentele (în mare parte) neresimțite ale lui Neil dacă muzicianul care a murit ar fi fost complet neimportant pentru mine.

Acum să ne întoarcem la ședință.

> La scurt timp după ce i-au dat lacrimile, Neil a început să se simtă foarte inconfortabil. Când l-am întrebat ce se întâmplă, mi-a spus că începe să se simtă din ce în ce mai anxios și mai îngrijorat de faptul că sentimentele ar putea scăpa de sub control. I-am spus că mi se pare că dacă devine înduioșat de ceva, se sperie foarte tare. Mi-a răspuns că știe că pare să nu aibă sens, dar că este sigur că dacă ajunge să plângă, se va simți mic și slab, iar acest lucru îl sperie. M-am gândit la faptul că, mai devreme, am simțit necesar să-mi conțin impulsul de a plânge: urma să merg la serviciu. Apoi mi-am amintit că am citit de curând un articol scris de Stephen Mitchell, în care un pacient a citat un alt analist, care a spus: „Bărbații muncesc și fac sex cu femei".

Amintiți-vă aici de conceptul lui Ogden (1994) despre „al treilea analitic" — ideea că experiențele noastre subiective din orele clinice (inclusiv gândurile aparent rătăcite precum cele de mai sus) iau naștere din amestecarea psihică inconștientă a ambilor parteneri și astfel pot reflecta aspecte ale experienței pacientului, precum și ale experienței terapeutului.

> L-am întrebat pe Neil dacă el crede că nu este masculin să plângi. A răspuns cu o amintire relatată la timpul prezent. Se află la înmormântarea mamei sale. A murit în urma unui infarct. Se luptă să-și stăpânească lacrimile, apoi cu uimire îl vede — pentru prima și ultima oară în viața sa — pe tatăl său plângând. Se gândește: „Ce fraier". Această amintire a deschis o discuție despre nevoia lui Neil de a-și ține sub o mână de fier sentimentele „negative", precum și grija sa că aș putea aparent să fiu atât de ușor copleșit de propriile mele sentimente. De asemenea, a adus în terapie pierderea mamei lui Neil și doliul neterminat pentru mama sa.

Cred că puteți vedea aici cum desfășurarea relației dintre pacient și terapeut evoluează imprevizibil, ca într-o spirală de influență reverberantă reciprocă. Neil a evocat răspunsuri în mine care au evocat la rândul lor răspunsuri în el, care au scos apoi la iveală alte răspunsuri din partea mea și așa mai departe. Majoritatea acestor influențe care ricoșează au un impact care rămâne implicit și nerostit. Atunci când pacientul și terapeutul sunt sincronizați emoțional, niciunul nu are nevoie să fie explicit în legătură cu natura (armonioasă) a interacțiunii lor. Totuși, ceea ce este necesar poate diferi atunci când relația terapeutică ajunge să fie simțită ca inconfortabilă, mecanică, de adversitate sau deconectată. Apoi, în măsura în care implicitul poate fi făcut explicit, creștem, de obicei, șansa ca relația pacientului cu terapeutul să fie, în cele din urmă, trăită ca fiind securizantă, acordată, colaborativă și incluzivă. Cheia aici este — ca și în primele noastre relații de atașament (Koback, 1999) — ca liniile de comunicare dintre cei doi parteneri să fie menținute deschise. În dezvoltarea timpurie, o astfel de comunicare deschisă depinde în mare măsură de sensibilitatea persoanei care îngrijește bebelușul la semnalele nonverbale ale acestuia. În contextul dezvoltării terapeutice, depinde de sensibilitatea

eutului la semnalele nonverbale ale pacientului, inclusiv la cele care exprimate prin intermediul evocării experienței la terapeut.

țelesul exact al experienței noastre subiective pe măsură ce relațio- cu pacientul este adesea greu de definit. Cât din experiența noastră de fapt, evocată de pacient? Cât anume este doar a noastră? În acest xt, găsesc că este folositor să consider că ceea ce trăiesc atunci când cu un pacient este aproape întotdeauna o problemă ce ține de ambe- nu una de tipul fie/sau. De exemplu, cu Neil tristețea mea era deja în mine, pentru a fi evocată. În același timp, propria sa tristețe era de suportat și, astfel, cred că „a împărțit-o" cu mine.

ntru a clarifica înțelesul a ceea ce pacientul evocă, poate fi de ajutor ăm în considerare distincția dintre răspunsurile contratransferenția- re sunt concordante (empatice) și cele care sunt complementare ker, 1968). Primele se pare că rezultă atunci când pacientul evocă în eut o identificare cu un aspect renegat al experienței de *sine* a pacien- (tristețea parțial neresimțită a lui Neil, de exemplu, pe care am sim- destul de intens). Ultimele par să rezulte atunci când pacientul evo- terapeut o identificare cu un aspect al experienței internalizate a ntului legată de altcineva. Îmi amintesc, ca un exemplu al acestui tip entificare complementară, că mai târziu pe parcursul lucrului meu eil m-am simțit furios pentru ceea ce părea a fi aparenta sa lipsă de care. Explorând această experiență, părea posibil să mă fi identificat aginea lui despre mama sa, care se înfuria pe el de fiecare dată când șa cum a spus el, „prea independent".

și acest cadru de lucru dat de contratransfer este folositor, nu tre- să considerăm niciodată că influențarea relației terapeutice se reali- doar într-o singură direcție. Așa cum am menționat anterior, ceea așim să facem cu ceea ce este evocat în noi va depinde, spre bine sau ău, nu doar de ideea despre modul în care putem fi cât mai de fo- acientului. Mai există, de asemenea, deloc de neglijat, problema tipa- proprii, relativ constante de a simți, de a gândi sau de a relaționa — lele de lucru interne —, precum și schimbările tranzitorii ale stări- entale provocate de circumstanțe exterioare tratamentului:

Într-o dimineață am ajuns la serviciu într-o stare mentală neobiș- nuit de deteriorată, pentru a mă întâlni cu primul pacient din acea

zi. Practic imediat ce ne-am așezat, pacientul a anunțat că, deși îi este greu să facă acest lucru, trebuie să-mi spună cum am eșuat de curând în a răspunde empatic nevoilor sale. Aceasta nu era o conversație nefamiliară. Cu câteva ocazii în urmă, își comunicase foarte direct nemulțumirea față de mine și nu m-am simțit exce- siv de deranjat de acest lucru, în parte datorită faptului că am sim- țit că nemulțumirile sale, oricare ar fi meritul lor, fac de asemenea parte dintr-un „test transferențial". Încă de la începutul terapiei, a fost evident că acest pacient — al cărui tată s-a sinucis — are ne- voie de răspunsuri din partea mea, care să ajute să infirme frica sa că furia și puterea sa erau letale. Astfel, disponibilitatea mea de a asculta cu respect criticile sale și de a-mi asuma responsabilita- tea pentru rolul meu (atunci când am văzut că am un rol) era ex- trem de liniștitoare pentru el.

În timpul acestei ședințe totuși, pe măsură ce începea să-și desfă- șoare nemulțumirile, am simțit cum devin din ce în ce mai rece și mai neplăcut impresionat. Am ascultat, dar fără empatie. Era ca și cum îmi lipseau resursele interne necesare pentru a ajunge su- ficient de departe din punct de vedere emoțional, astfel încât să mă pot pune în locul lui, chiar și pentru un moment. După un timp, pur și simplu nu am putut să ascult mai mult. Pe un ton ten- sionat, forțat și ușor furios, i-am spus pacientului meu că pur și simplu nu știu ce să îi spun despre lamentațiile sale: erau pur și simplu plângerile *lui*.

Nu e de mirare că a fost luat prin surprindere, dacă nu a fost chiar șocat de răspunsul meu. Părând foarte confuz și stânjenit, a înce- put să dea înapoi: poate că nu a fost corect cu mine și a venit mult prea puternic, poate că s-a așteptat la prea mult și tot așa. Trezit parcă de durerea sa aproape palpabilă, am reușit să mă adun su- ficient pentru a-i putea explica că înainte să mă întâlnesc cu el în acea dimineață am fost extrem de stresat: nimic serios, l-am liniș- tit, dar rezultatul a fost că nu eram acum în poziția de a răspun- de așa cum făceam de obicei. A fost ușurat să audă explicația mea, în contrast cu eșecurile pe care le-a avut cu ceilalți terapeuți, pre- cum și cu părinții lui, de a recunoaște faptul că atunci când există o problemă, chiar dificultățile lor ar putea sta în calea rezolvării.

Totuşi a avut în mod clar dificultăţi în a se simţi complet liniştit. Spre sfârşitul acestei ore şi în şedinţa următoare am revizuit îngrijorarea sa că, probabil, nu eram dispus sau nu puteam face faţă furiei lui.

...ceastă întâlnire încărcată emoţional este un exemplu particular evi... pentru ceea ce este adesea o realitate mult mai subtilă — adică trăi... ...nfluenţei evocatoare a pacientului depinde întotdeauna, în parte, de ...ria noastră subiectivitate ireductibilă (Renik, 1993). În şedinţele ante...re, exprimarea nemulţumirii pacientului meu a evocat doar cele mai ...le urme de anxietate din mine, în timp ce în şedinţa pe care am de...-o m-am simţit furios şi recalcitrant.

...ândindu-ne la aceste două reacţii foarte diferite ca fiind la polii opuşi ...nui continuum, atunci experienţa terapeutului va varia câteodată ca ...uns la ceea ce este, de fapt, acelaşi aspect al pacientului — iar acele ...ţii extreme (a nu fi afectaţi deloc sau a fi supraafectaţi) de obicei lasă ... în afară. De exemplu, faptul că nu am vrut să mai aud nimic din ne...ţumirea pacientului meu în acea oră în care am simţit că nu mai am ...rse a scos în evidenţă posibilitatea ca seninătatea răspunsurilor mele ...iticile sale anterioare să reflecte o anumită negare: probabil eram re...t în a trăi propriile mele reacţii faţă de „capacitatea sa de distrugere" ...gătură cu eforturile mele de a-l ajuta.

...şa cum nu putem să fim un ecran alb pe care pacienţii să-şi proiecte... ...naginile transferenţiale, nu putem să fim niciun vas imaculat pentru ... ce pacienţii evocă în noi. Cea mai bună şansă este să conştientizăm ...nai mult caracteristicile „vasului nu atât de imaculat" — propria noas... ...ubiectivitate — care modelează responsivitatea noastră la influenţa ...ntoare a pacienţilor noştri. În ciuda a ceea ce credem că *alegem* în mod ...*ient* să facem cu pacientul, adesea nevoile, sentimentele şi intenţiile ...tre *inconştiente* sunt cele decisive. Acestea sunt cele care ajung la pa... ... prin intermediul canalelor de comunicare nonverbală.

...lutualitatea influenţei nonverbale pe care pacienţii şi terapeuţii o exer... ...unii asupra celorlalţi, precum şi influenţa internă exercitată de incon...tul fiecăruia asigură faptul că folosirea utilă a ceea ce pacientul pare ...voce în noi este o problemă extrem de complexă. Ca şi complexitatea ...nilor persoanei îngrijitoare de a răspunde indiciilor nonverbale ale copilului mic, complexitatea sarcinii terapeutului, aici, este reală şi inevitabilă. A ignora acest lucru produce pacientului un deserviciu. A lua în considerare această sarcină, pe de altă parte, ne ajută atât să cunoaştem ceea ce încă nu *putem* „şti" despre pacient, cât şi să ne concentrăm atenţia acolo unde trebuie — adică asupra experienţelor subiective ale pacientului şi ale terapeutului luate separat, precum şi asupra relaţiei dintre ele.

Aceeaşi influenţă mutuală şi inconştientă care în acelaşi timp complică şi facilitează eforturile noastre de a profita de ceea ce pacienţii noştri evocă în noi se află în centrul muncii pe care o desfăşurăm cu trecerile la act.

Ce e de făcut cu ceea ce trecem la act

În relaţia terapeutică, ca şi în alte relaţii, cuvintele nu sunt doar cuvinte. Ele sunt, de asemenea, acte: „acte de vorbire". McDougall (1978) sugerează acest lucru atunci când discută despre cuvintele *pacientului*, dar se aplică în aceeaşi măsură şi cuvintelor clinicianului: „Decât să caute să comunice stări, idei sau asociaţii libere, pacientul pare să încerce să-l facă pe analist să *simtă* ceva sau să-l stimuleze să *facă* ceva" (p. 179). „Trecerile la act", aşa cum şi expresia sugerează, transpun experienţa internă, în acţiune. Prin definiţie, trecerile la act implică *comportamente* — atât comportamente verbale, cât şi nonverbale. Dar chiar şi atunci când trecerile la act se desfăşoară prin limbaj (aşa cum se întâmplă de obicei în psihoterapie), înţelesul lor principal nu se află în cuvintele care sunt rostite, ci în subînţelesul nonverbal generat de ceea ce *fac* de fapt cuvintele. De exemplu, cuvintele pacientului ne pot atrage sau ne pot împinge înapoi, ne pot deschide sau ne pot închide, ne pot face să ne simţim confortabil sau ne pot creşte anxietatea. Bineînţeles, şi cuvintele noastre către pacient au acelaşi tip de impact.

În trecerile la act din transfer–contratransfer, ceea ce este pus în act, verbal sau nonverbal, este un anumit tip de relaţie. Poate fi o relaţie părinte–copil sau o relaţie romantică, o relaţie între aliaţi sau adversari, o relaţie care este sigură sau una care este periculoasă. Variaţiile sunt probabil nelimitate, în funcţie de interacţiunea dintre cei doi indivizi unici — pacient şi terapeut —, ambii aducând în relaţie propria lor familie de aspecte ale sinelui.

Trecerile la act sunt scenariile care apar la intersecția dintre nevoile inconștiente și vulnerabilitățile pacientului, pe de-o parte, și cele ale terapeutului, pe de altă parte. La intersecția lor, spre bine sau spre rău, modelele relaționale ale pacientului și ale terapeutului se întâlnesc și se întrepătrund. Dacă ne gândim la transfer și contratransfer ca fiind reprezentate de două cercuri, trecerile la act apar în spațiul comun al suprapunerii parțiale dintre cele două cercuri.

Într-o trecere la act, aspecte ale lumii reprezentaționale a terapeutului — moștenirea experiențelor de atașament inițiale ale acestuia — sunt în mod inconștient activate și trăite. Exact același lucru este valabil și pentru pacient. Atâta timp cât trecerile la act rămân nerecunoscute, terapeutul și pacientul sunt pur și simplu scufundați împreună în experiență. Astfel, fiecare acționează automat și nereflexiv față de celălalt. Fără să fie conștienți de acest lucru, ambii răspund nu numai realităților întâlnirii interpersonale, dar și cât se poate de mult presiunii interne, de care niciunul dintre ei nu este conștient în prezent.

În măsura în care trecerile la act continuă să se desfășoare în afara domeniului conștientizării, de obicei acestea impun limite despre ceea ce poate fi simțit și înțeles; în acest fel, ele fac dialogul terapeutic mai puțin incluziv și mai puțin colaborativ. În măsura în care pot fi făcute conștiente totuși trecerile la act au potențialul de a asigura accesul la fațete ale pacientului, ale terapeutului sau ale relației pe care o împărtășesc, fațete care sunt foarte semnificative, dar încă nerecunoscute. Mai mult decât atât, chiar procesul de explorare al acestor scenarii create împreună, și nu doar trăirea lor orbească, poate constitui o experiență relațională corectivă de incluzivitate, colaborare și mentalizare. În acest sens, trecerile la act sunt (parafrazându-l pe Renik, 1993b) materialul brut, întotdeauna prezent, al tehnicii terapeutice productive. Astfel, evitarea lor nu este doar imposibilă — ci este și de-a dreptul de nedorit.

Trecerile la act sunt o exprimare deosebit de vie a faptului că, la fel ca toate celelalte relații de atașament, relația terapeutică este coconstruită. Ceea ce se întâmplă în relație este în mod obligatoriu un amestec al influențelor pacientului și ale terapeutului. Din perspectiva psihologiei bipersonale, aceste influențe sunt atât interne, cât și interpersonale. Experiența și comportamentul pacientului și ale terapeutului vor fi în mod inevitabil modelate inconștient atât de cine sunt ei independent de relația lor, cât și de cine sunt ca răspuns la acea relație.

Ceea ce am scris în paragrafele precedente poate părea de necontestat, dacă nu, pur și simplu, evident. Bineînțeles că terapeuții nu sunt mai puțin vulnerabili la influența inconștientului decât sunt pacienții lor. Și, într-adevăr, pacienții și terapeuții sunt în mod egal subiectul influenței reciproce inevitabile pe care o exercită constant unii asupra celorlalți. Aceste simetrii pot părea fără discuție reale, odată ce conștientizăm faptele clinice ale psihologiei bipersonale. Totuși, frecvent modul în care practicăm psihoterapia nu ia în considerare suficient această teorie. Ceea ce facem de obicei sau ceea ce gândim ca terapeuți pare adesea să izvorască mai degrabă dintr-o psihologie de tip „o persoană și jumătate" decât dintr-o psihologie bipersonală: suntem înclinați, cu alte cuvinte, să-l vedem doar pe pacient din prisma psihologiei bipersonale. Să fiu mai precis.

Câteodată, datorită formării noastre învechite și aproape întotdeauna în funcție de propriile noastre nevoi și mecanisme de apărare, avem tendința de a lucra cu pacienții noștri ca și cum ei ar fi mult mai mult supuși influenței inconștientului. Aproape automat, reflectăm asupra înțelesului inconștient al comportamentului și comunicării lor, în timp ce motivațiile inconștiente care stau la baza propriilor noastre cuvinte și acțiuni nu atrag un astfel de scrutin automat.

În mod similar, este denaturat și modul în care tindem să lucrăm cu influența reciprocă mutuală pe care o descrie teoria. Gândiți-vă aici la conceptul de identificare proiectivă. În acest cadru conceptual, suntem în totalitate pregătiți să considerăm că experiența noastră poate fi evocată de comportamentul motivat inconștient al pacientului. Suntem, în general, mult mai puțin înclinați să considerăm că experiența pacientului poate fi afectată în același mod de comportamentul nostru inconștient motivat.

Aceste asimetrii ale felului în care, în mod obișnuit, gândim despre pacienții noștri și despre noi înșine — deși par să fie mult prea naturale — fac să fie mult mai dificile decât ar trebui recunoașterea și lucrul eficient cu trecerile la act. Dacă ar trebui să existe o astfel de tendință, atunci ar trebui să fie în direcția opusă față de cea care pare naturală. Decât să ne concentrăm inițial asupra înțelesului comportamentului *pacientului*, ar fi mai bine să începem prin a ne concentra asupra comportamentului nostru.

Așa cum este adevărat și pentru pacienții noștri, propriul nostru „știut negândit și neresimțit" este *trecut la act*. Observarea a ceea ce spunem sau

em și a ceea ce evităm să spunem sau să facem poate deschide o fereas- asupra naturii propriei noastre participări inconștiente la trecerea la . Pentru că trecerile la act sunt cocreate, produsul influenței reciproce ituale, comportamentul nostru ca terapeuți este, mult mai adesea, le- neîntâmplător — și nu accidental — de experiența pacientului. Astfel, venind conștienți de natura propriei noastre implicări inconștiente în cerea la act, aproape întotdeauna ne ajută să clarificăm natura și sem- icația implicării pacientului.

În acest context, trebuie să ținem cont de faptul că motivațiile noastre conștiente (dacă nu și mai mult), precum și intențiile noastre conștien- ne modelează comportamentul nostru ca terapeuți. Apoi, la un anumit vel, putem în mod deliberat să încercăm să generăm cu pacienții noștri relație de atașament nouă, mai bună. În acest fel, putem aspira să fim cultători acordați și empatici, încercând să rezonăm empatic cu emoții- pacienților noștri, să-i ajutăm să-și înțeleagă experiența și așa mai de- rte. Totuși, la un alt nivel, întotdeauna trecem fără voia noastră în act enarii cu pacienții noștri care își au originea în propriile noastre nevoi conștiente, în modele de lucru interne, mecanisme de apărare și așa mai parte.

Astfel de treceri la act, cel puțin dintr-un punct de vedere, pot fi con- rdante atât cu nevoile pacienților noștri, cât și cu ale noastre. De exem- u, empatia pe care în mod deliberat o asigurăm poate fi vindecătoare ntru pacient, deși este în parte determinată de nevoia noastră incon- entă de a fi văzuți ca binefăcători, și nu ca indivizi critici sau care vor controleze. În mod similar, o confruntare poate fi exact ceea ce ne cere cientul, chiar dacă confruntarea este parțial motivată de nevoia noastră conștientă de a ne simți puternici, și nu neajutorați sau lipsiți de control. astfel de situații, de obicei simțim că ne comportăm astfel pentru că em- tia noastră sau confruntarea, să spunem, este, în cele din urmă, în inte- ul pacientului. Totuși, eforturile noastre de a fi de ajutor — conștient — nt întotdeauna determinate de motivații de care nu suntem conștienți.

De obicei, astfel de motivații ne modelează comportamentul cu pacien- in moduri care au consecințe neintenționate. Asigurarea consecventă a patiei, de exemplu, se poate potrivi prea bine cu nevoia pacientului de gnora propria sa neîncredere sau furie. În mod similar, confruntarea, și poate fi folositoare, poate fi în mod nefolositor consecventă cu nevoia

pacientului de a simți că singur este incapabil să se controleze. În mod evi- dent, ceea ce descriu aici sunt treceri la act care apar din suprapunerea dintre nevoile inconștiente ale pacientului și ale terapeutului.

Astfel de treceri la act pot fi greu de recunoscut, pentru că sunt atât de scufundate în ceea ce facem de obicei ca terapeuți. Cheia aici este de a ne aminti faptul că niciodată nu putem scăpa de noi înșine. Subiectivitatea noastră penetrează fiecare fațetă a implicării noastre cu pacientul, de la cele mai atente intervenții ale noastre până la cele mai evidente greșeli ba- zate pe contratransfer. De aceea, ar trebui să ne asumăm faptul că suntem în mod *continuu* implicați în trecerile la act, la fel ca pacientul. Așa cum am menționat mai devreme, principala întrebare pe care trebuie să ne-o punem este nu *dacă* participăm la o trecere la act, ci *cum* participăm.

Recunoașterea trecerilor la act

La fel ca sentimentele contratransferențiale pe care le recunoaștem doar atunci când devin inconfortabil de intense, unele treceri la act, în cele din urmă, devin mult prea evidente sau perturbatoare pentru a mai putea fi ignorate. Dar acestea sunt excepții. Trecerile la act sunt, prin de- finiție, inițial inconștiente și adesea rămân în acest fel pentru o bună pe- rioadă de timp.

A deveni conștienți de rolul nostru în trecerile la act reprezintă o pro- vocare importantă, pentru că nu suntem niciodată complet transparenți pentru noi înșine. Suntem ignoranți la multe dintre lucrurile pe care le fa- cem, pentru că pur și simplu sunt exprimări implicite, automate a ceea ce suntem. Mai mult, cunoașterea de sine rămâne inevitabil incompletă toc- mai pentru că suntem motivați să rămânem în acest fel. Cu alte cuvinte, suntem înclinați să ignorăm sau să suprimăm conștientizarea a ceea ce poate să ne perturbe sau să ne îngrijoreze (Maroda, 1999; Renik, 1995).

Dacă, într-o anumită măsură, avem mai puțină autoacceptare care să faciliteze autoconștientizarea, este folositor să ținem cont de faptul că, în căutarea rolului nostru în trecerile la act, nu încercăm să ne identificăm neajunsurile sau psihopatologia. În schimb, încercăm pur și simplu să de- venim conștienți de ceea ce facem. Pentru a facilita o astfel de autocerce- tare, am face bine să adoptăm o atitudine meditativă — adică de conștien- tizare a momentului prezent, cu acceptarea acestuia. Cu o astfel de

atitudine, am putea fi mai capabili de a considera ceea ce facem atunci când relaționăm cu pacientul, ca fiind o „situație de fapt" care să fie observată, și nu judecată ca fiind rea sau bună, corectă sau incorectă.

Identificând diferite trăsături ale comportamentului nostru cu un anumit pacient, trebuie să încercăm să fim obiectivi, cât putem de mult, atunci când răspundem la două întrebări: care ar putea fi rădăcinile comportamentului nostru în propria noastră alcătuire psihică? Cum ar putea să-l afecteze pe pacient comportamentul nostru? În măsura în care putem deveni conștienți de sensul a ceea ce facem în trecerea la act și în care putem aduce o astfel de conștientizare în dialogul cu pacientul, acest dialog adesea devine mai incluziv, iar rolul nostru în trecerea la act, mai puțin limitant.

Tipare de treceri la act

Așa cum am menționat, trecerile la act pot lua multe forme. Într-un sens mai larg totuși două tipare caracterizează aceste scenarii cu doi autori: coluziunea și coliziunea (Goldbart & Wallin, 1996).

Cuplul terapeutic care coluzionează a făcut o „înțelegere" inconștientă care servește nevoilor de autoprotecție ale ambilor parteneri. Într-o astfel de înțelegere, mecanismele de apărare individuale ale unui partener fie se oglindesc, fie se cuplează cu mecanismele de apărare ale celuilalt.

De exemplu, un terapeut și un pacient ale căror stiluri predominante de respingere se oglindesc unele pe altele pot coluziona în a evita sentimentele puternice. Astfel, ei pot pune în act o relație distantă emoțional, care le este familiară ambilor. Într-o astfel de relație — până când trecerea la act este recunoscută —, problemele vitale, dar declanșatoare de anxietate vor continua să fie evitate. Fricile și apărările comune pot astfel face treceri la act complicitare, care sunt mult prea stabile, în parte pentru că oglindesc perfect moduri de a fi care sunt obișnuite — și de aceea greu de recunoscut — atât pentru terapeut, cât și pentru pacient.

Coluziuni mai puțin stabile pot rezulta atunci când mecanismele de apărare ale terapeutului și ale pacientului diferă, dar se cuplează totuși, cel puțin pentru moment. De exemplu, terapeutul care este preocupat de atașament poate conține sau chiar exprima toate sentimentele pe care pacientul care respinge le-a renegat. Această trecere la act poate fi convenabilă psihic pentru pacient, care este menajat de anxietatea de a face față direct propriilor probleme emoționale și relaționale, atâta timp cât terapeutul pare dispus să le preia ca și cum ar fi ale lui. Între timp, terapeutul, în încercarea de a capta disperat atenția pacientului, poate repune în act un rol care îi este familiar în mod sigur, dar și neplăcut în mod familiar.

O astfel de coluziune în care mecanismele de apărare ale partenerilor diferă are întotdeauna potențialul de a deveni o coliziune. Pacientul aici poate ajunge să se simtă din ce în ce mai controlat sau mai împovărat de nevoia evidentă a terapeutului de contact emoțional, în timp ce terapeutul poate deveni din ce în ce mai exasperat de îndepărtarea rezistentă a pacientului. Acum cuplul terapeutic se poate afla în conflict.

Acest lucru nu este obligatoriu ceva rău. Atâta timp cât terapeutul și pacientul coluzionează, fricile și nevoile reale care stau la baza trecerilor la act cocreate au o mare probabilitate de a rămâne ascunse. Atunci când această coluziune se destramă totuși și rezultă o coliziune, anumite dificultăți, dar în același timp realități potențial eliberatoare, pot ajunge în centrul atenției, probabil pentru prima dată.

Un astfel de rezultat propice depinde de abilitatea terapeutului de a-și repune în acțiune suficient de mult capacitatea de mentalizare, pentru a recunoaște și a începe să înțeleagă trecerile la act în care a fost prins. Ca și coluziunea, coliziunile pot fi materialul din care sunt constituite trecerile la act — și impasurile terapeutice. Transformarea trecerilor la act, complicitare sau contențioase, în oportunități pentru o explorare colaborativă și o experiență corectivă necesită un terapeut capabil, cel puțin intermitent, de a adopta o atitudine de mentalizare.

> Timp de mai mulți ani, l-am avut în tratament pe un strălucit fizician (pe care îl voi numi Jackson) al cărui stil de atașament de respingere l-a ținut departe de sentimentele sale și i-a umbrit capacitatea de a și le exprima. Într-o zi, a început ședința spunându-mi că și-ar fi dorit ca, atunci când era tânăr, cineva să fi vorbit cu el despre el însuși la fel de sincer cum a vorbit el acum cu fiul său adolescent. Apoi s-a întrebat cu voce tare dacă ar fi fost la fel de rezistent la a asculta adevărul dificil ca fiul său acum. A adăugat că deși este adult, probabil încă își dorește o persoană autoritară care să-i spună lucrurile „așa cum sunt". Dar ideea

l-a speriat, pentru că știa că, probabil, nu i se va spune ce vrea el să audă.
Cu câteva zile înainte de această ședință, m-am gândit la relația mea cu el. Mi-am dat seama atunci că, din punct de vedere emoțional, continuăm să ne jucăm la marginea puțin adâncă a bazinului, în ciuda intențiilor mele conștiente de a-l ajuta să meargă la apă mai adâncă. Știind câte ceva despre nevoile terapeutice ale pacienților care resping, am evitat o abordare intelectuală directă (sau așa am crezut) și am încercat să mă concentrez pe sentimentele lui Jackson și mecanismele lui de apărare împotriva acestora. Îmi era destul de neclar de ce mi-a fost atât de dificil să ajut la ieșirea noastră din acest mod al „capetelor vorbitoare".
Acum am crezut că aud o aluzie la această problemă atunci când Jackson și-a exprimat dorința sa conflictuală de a avea o persoană autoritară care să-i spună „cum stau lucrurile". Dar când am lansat posibilitatea ca vorbele sale să fie o modalitate de a-mi spune indirect despre acest lucru, el a ezitat și a pus o întrebare: Nu am concluzionat împreună că avea nevoie să devină propria lui autoritate și că nu trebuie să se bazeze pe mine?
Atunci m-am auzit spunându-mi în minte că nu-mi place ideea de a intra într-o dispută cu el pe această temă. Dispută? Cuvântul pe care l-am auzit în minte mi-a atras atenția, pentru că era genul de cuvânt pe care nu l-aș folosi probabil niciodată în conversație — excepție făcând poate conversația cu acest pacient.
Am realizat atunci că este foarte probabil ca nevoia mea inconștientă de a-mi susține poziția intelectuală față de el a avut ca rezultat faptul că vorbeam cu el, deliberat, într-un mod foarte clar și foarte prudent. Când am dat voce acestui gând despre istoria comunicării noastre — și despre cum propria mea alcătuire psihică ar fi putut să inhibe un mod de conversație direct pe care amândoi ne-o doream, dar de care ne și temeam —, Jackson a spus că nu a avut nicio idee că ceva de genul acesta se întâmplă. Nu își putea imagina că m-aș putea vedea ca având un dezavantaj intelectual, în timp ce încrederea sa în propriul său intelect, pur și simplu, îl imunizase față de grijile legate de acest aspect.

Apoi mi-am amintit că am fost atât încântat, cât și un pic mirat atunci când, cu câțiva ani în urmă, mi-a spus că el crede că sunt un „geniu". Acum am sugerat că nesiguranța mea de a ne compara din punct de vedere intelectual ar fi putut fi problema mea, în timp ce probabil pentru el comparația care provoacă nesiguranță ar putea fi cea privitoare la un alt tip de inteligență, și anume cea emoțională. Atunci mi-a spus că încă din copilărie și-a obținut această încredere în sine, în mod exclusiv, din faptul că era inteligent și logic, dar că, în același timp, s-a simțit constrâns să se retragă, pentru a evita ca alții să se ia de el. I-am răspuns că azi mi-am dat seama că eram mai retras, în parte prin modul în care am vorbit cu el, dar și prin reticența mea de a interveni mai direct atunci când el părea, de exemplu, să insiste asupra unor mici detalii. Ceea ce a ieșit la suprafață atunci a fost semnificația tangențelor lui superamănunțite: pentru el, acestea erau modalități sigure de ocolire a comunicării experienței emoționale, fără să simtă, de fapt, aceste sentimente. Făcând acest lucru, a spus el, se păzea de riscul de a fi văzut — sau de a se vedea pe el însuși — ca fiind un „întârziat emoțional".

Din această întâlnire, ambii am avut un sentiment de ușurare și de promisiune reînnoită, odată ce am recunoscut natura coluziunii noastre nedorite. Evitând nesiguranța noastră separată, dar înrudită, pentru a ține lucrurile sub control și în siguranță, am trecut la act, în mod inconștient, o relație constrânsă emoțional. Dar aceasta era, în același timp, o relație pe care amândoi o simțeam din ce în ce mai incompletă — fără să fie nevoie de acest lucru. Cuvintele pacientului (un mesaj metaforic despre neajunsurile comunicării noastre) împreună cu observarea comportamentului meu (modul meu de a vorbi mult prea atent) m-au ajutat să identific și să încep să înțeleg rolul meu în trecerea la act cocreată. Împărtășirea acestei conștientizări a condus la un dialog care a clarificat rolul pacientului. Pe parcursul procesului, ne-am adâncit relația și ne-am lărgit viziunea despre ceea ce fiecare dintre noi poate simți, cunoaște și comunica în siguranță în prezența celuilalt.

Adesea o examinare minuțioasă sau o conștientizare bruscă a naturii propriului nostru comportament cu pacientul — repetitiv sau total diferit

le cel obișnuit — este suficientă pentru a ridica vălul care ne acoperă ochii. Totuși, câteodată, trecerile la act sunt recunoscute doar cu ajutorul unui consultant sau în cadrul psihoterapiei personale. Când încă eram în procesul de formare, le-am prezentat un caz supervizorului meu și altui coleg. Eram deranjat de conflictele care păreau să apară mult prea des în relația mea cu o anumită pacientă contențioasă. Ascultând o ședință înregistrată audio, consultanții mei au schimbat amuzați priviri unul cu altul, până când unul dintre ei, în sfârșit, mi-a spus ce îi amuză: „Nu ți se pare evident că voi doi nu prea vă certați, cât flirtați unul cu celălalt?" În sfârșit, în dialogul meu cu pacienta, disputa — coliziunea — pe care eu și pacienta mea o treceam la act era într-adevăr o apărare împotriva sentimentelor tulburătoare de atracție pe care le manifestam unul față de celălalt.

Câteodată pacientul funcționează ca un fel de consultant — un interpret al experienței terapeutului — a cărui „intervenție" face vizibilă pielea invizibilă prin care o trecere la act poate să-i împiedice pe ambii parteneri din relația terapeutică. În următorul exemplu, pacientul m-a ajutat să devin conștient de impulsul meu de a mă apropia care a fost trecut la act într-un mod oarecum problematic.

> Chiar înainte de a pleca în concediu, m-am întâlnit cu un pacient, pe care îl voi numi Daniel, care a vorbit cu oarecare anxietate despre întreruperea iminentă a activității desfășurate împreună. Avea o nouă întâlnire și era îngrijorat să se confrunte independent cu problemele sexuale, pe care recent începuserăm să le discutăm. Pe măsură ce vorbeam, am observat că devenea din ce în ce mai neliniștit. L-am întrebat cum se simte când vorbește despre aceste probleme cu mine. Cu o anumită reticență, mi-a spus că entuziasmul meu evident față de disponibilitatea sa de a discuta despre aceste conflicte sexuale l-a făcut să se simtă ca și când îi impuneam un proiect, probabil din propriile mele motive. Să vorbească despre sex se presupunea că este un lucru bun pentru el, dar era ca și când făcea sport în sala de gimnastică, nu neapărat ceva ce și-ar fi dorit să facă.
>
> Imediat am recunoscut calitatea entuziasmului pe care pacientul mi-l atribuia. *Eram* entuziasmat în parte pentru că alesese să se implice într-o provocare psihologică importantă și, în parte, pentru că eu consideram că sexul este un subiect de discuție atrăgător (nu singurul). Dar am suspectat că sunt entuziasmat și pentru că am simțit că discuția despre sexualitate îmi va satisface impulsul de a ne apropia mai mult. În spatele acestei presupuneri se afla experiența cu tatăl meu, un sociolog care a cercetat și a scris foarte mult despre comportamentul sexual. Deschiderea și curiozitatea lui legată de sex au făcut din acesta un subiect la care putea cu ușurință să se conecteze. Probabil, în mod inconștient, am presupus că în jurul unei conversații similare cu pacientul meu, vom putea trăi o conectare la fel de valoroasă.
>
> Am ales să nu dezvălui aceste detalii în timpul ședinței, dar le-am folosit pentru a înțelege — și pentru a conștientiza mai bine — rolul meu în trecerea la act în care, așa cum s-a dovedit apoi, în timp ce eu jucam rolul tatălui meu (bun), pacientul mă simțea ca fiind mama sa (rea).
>
> Când era adolescent, mama sa, în mod obișnuit destul de retrasă, i-a mărturisit faptul că tatăl său era un dezastru din punct de vedere sexual: dacă voia o apropiere intimă, trebuia să-l vâneze prin dormitor și chiar și atunci, de obicei, el nu putea să întrețină relații sexuale. De la mama sa și de la cele două prietene anterioare, pacientul meu a primit mesajul inconfortabil că asigurarea sexului pentru o femeie este obligația bărbatului, dacă el este, într-adevăr, bărbat. Căutarea explorării erotice a lui Daniel a făcut ca eu să fiu plasat ușor în această categorie, deși, în același timp, „știa" că, de fapt, nu aveam aceleași sentimente ca ele.
>
> Discutând interacțiunea noastră, Daniel a fost nemulțumit să observe, încă o dată, impactul nevoii sale deja familiare de a transforma lucrurile bune în lucruri rele. Era uimit de cât de automat putea să simtă sexul („dintre toate lucrurile") ca fiind o obligație nedorită, iar ajutorul terapeutului (supraentuziast) ca fiind o impunere împovărătoare. Am ajuns să înțelegem că partea lui din trecerea la act reflectă, mai presus de altele, nevoia sa vinovată de a asemăna suferința mamei — „greva ei de fericire" — cu a sa. „Este ca și cum trebuie să am aceeași soartă cu cea a mamei", a spus el. Am răspuns citând un vers din Tom Waits: „Poți să cobori de pe cruce, putem folosi lemnul". După această explorare

sobră, râsul satisfăcut și zgomotos al pacientului la versul lui Waits a părut să slăbească strânsoarea trecerii noastre la act create împreună.

Trecerile la act care nu sunt recunoscute

Bineînțeles că nu fiecare trecere la act are un astfel de final fericit. Noi putem fi la fel de scufundați în trecerea la act ca pacientul și, astfel, incapabili de a utiliza capacitatea de mentalizare care ne-ar putea ajuta să recunoaștem motivele care, în mod inconștient, ne dictează comportamentul. Sau, pur și simplu, nu reușim să descoperim aceste treceri la act. Astfel, din aceste motive sau din altele, multe treceri la act rămân nerecunoscute.

Câteodată, consecințele aici sunt relativ inofensive sau chiar benigne. Nu fiecare experiență comună din cadrul terapiei este — sau ar trebui să fie — analizată pentru a afla sensul ei inconștient. Mai mult, unele treceri la act nerecunoscute sunt, așa cum voi explica pe scurt, exact ceea ce pacientul are nevoie.

Totuși, adesea, consecințele neobservării acestor treceri la act în desfășurare pot fi foarte problematice. O astfel de trecere cu vederea poate avea ca rezultat o relație terapeutică care nu reușește să facă loc acelor aspecte ale pacientului care au nevoie disperată de recunoaștere. De exemplu, terapeutul care rămâne inconștient de rolul său în perpetuarea unei relații distante emoțional fără să vrea poate face ca pacientul care respinge să rămână relativ străin față de propriile sentimente. Adesea, o astfel de lipsă de conștientizare este întărită de credința negarantată a terapeutului că, de fapt, folosește tratamentul pentru a se adresa mecanismelor de apărare ale pacientului împotriva sentimentelor. În acest context, gândiți-vă la trecerea la act pe care am descris-o cu pacientul meu fizician.

Totuși, mai problematice sunt acele treceri la act nerecunoscute care corodează sau explodează o psihoterapie în desfășurare. Aici îmi aduc aminte cu regret relația mea cu un pacient cu care am trecut la act o situație care repeta aspecte ale trecutului său cu un tată retras și intermitent volatil. Încercând din răsputeri să fiu o figură de atașament diferită, în mod inconștient am repetat aspecte ale propriului meu trecut și nu am reușit să mă confrunt cu provocările pacientului. Între timp, fără să fiu conștient de acest lucru, am devenit din ce în ce mai plin de resentimente. În final, a venit și ședința în care pacientul a fost extraordinar de lipsit de respect față de mine — și am explodat. Pacientul a rămas inițial fără cuvinte, apoi s-a înfuriat. În ciuda eforturilor mele de a repara răul produs, acea ședință a fost și ultima.

Trecerile la act ca repetiții, trecerile la act ca reparații

Forțele care ne-ar menține neschimbați și cele care ne-ar schimba intervin în lucrul cu trecerile la act. Așa cum am discutat în capitolul 10, trecerile la act reflectă o tensiune dinamică dintre vechi și nou, siguranță și risc, „relație repetată" și „relație de care avem nevoie" (Stern, 1994).

Pacienții și terapeuții sunt în mod inconștient prinși de nevoia de a repeta tipare obișnuite de relaționare, de trăire și de gândire. Modelele noastre interne de lucru și regulile codificate în ele, așa cum am sugerat, se reduc la un fel de piedică invizibilă care ne lasă dintr-odată limitați și ignoranți față de această limitare. Astfel, într-o trecere la act în transfer–contratransfer, ambii parteneri își joacă rolurile fără ca inițial să fie conștienți de aceste constrângeri permanent prezente. Aceasta este dimensiunea repetitivă a trecerilor la act.

Pe de altă parte, majoritatea terapeuților și pacienților sunt, de asemenea, inconștient (cât și conștient) motivați, pentru a trăi noi modalități de a fi care să fie mai incluzive și mai ample decât cele pe care le-au învățat în relațiile lor formatoare. Dispuse în fața „compulsiei la repetiție" (Freud, 1914/2004) și tendinței modelelor de lucru de nesiguranță de a se auto-perpetua (Bowlby, 1969/1982; Main, 1995) se află tendințele de „auto-îndreptare" ale minții (Siegel, 1999), motivele de competență (White, 1959) și tendința înnăscută de dezvoltare (Weiss & Sampson, 1986), precum și prezența sistemelor comportamentale cu bază biologică, ce ne predispun să ne atașăm și să explorăm (Bowlby, 1988). Aceste motivații subliniază ceea ce aș descrie ca fiind dimensiunea reparatorie a trecerilor la act.

Câteodată o trecere la act încă nerecunoscută (și care probabil nu va fi niciodată recunoscută) reflectă impactul direct al unor astfel de motivații „progresive". De exemplu, terapeutul care în mod deliberat asigură responsivitatea acordată favorabilă unui atașament securizant și pacientul care, în mod clar, o folosește bine pot pune în scenă nevoi inconștiente

complementare într-o trecere la act care este în principal reparatorie. Astfel de treceri la act sunt probabil cruciale în generarea fondului de siguranță și în generarea experiențelor de înaltă „potrivire" (Stern și colab., 1998) care sunt esențiale pentru a face posibilă schimbarea terapeutică.

Totuși, mai dramatice și mai încărcate emoțional decât astfel de treceri la act sunt acele treceri la act *repetitive*, care sunt recunoscute, explorate și astfel transformate în unele *reparatorii*.

> Timp de mai mulți ani, am avut în tratament un pacient — pe care îl voi numi Al — care cu mai bine de douăzeci de ani în urmă își molestase fiica în vârstă de opt ani. Ca adult, fiica lui a solicitat de câteva ori participarea tatălui la ședințele cu terapeutul. Aceste întâlniri dificile, dar evident productive, împreună cu schimbările realizate prin terapia personală a lui Al, au contribuit la rezolvarea parțială a traumei fiicei. Acum fiul adult al lui Al, Clark, solicita o discuție similară despre impactul traumei surorii lui atât asupra experienței lui de creștere, cât și asupra relației curente cu tatăl său. Când pacientul meu i-a propus fiului său să vorbească, fie singuri, unul cu altul, fie în prezența unui terapeut, fiul său a preferat a doua variantă, adăugând că ar prefera să se întâlnească cu terapeutul tatălui, și nu cu al lui.
>
> În ședința anterioară celei cu fiul, Al a început prin a spune că se simte neliniștit în legătură cu iminenta întâlnire. Când m-a întrebat dacă aș putea să-i dau niște sfaturi, astfel încât să-l ajut și ședința să fie una folositoare, i-am spus că ar fi util pentru început să spună mai multe despre neliniștea pe care o resimte. În loc să facă acest lucru, mi-a spus că trebuie să fie lămurit cu privire la ceea ce vrea să-i spună fiului său. Apoi, pe un ton surprinzător de supus, în mod deliberat, a început să vorbească aproape ca și când ar fi repetat ceea ce trebuia să spună sau ca și cum fiul său se afla deja în cameră și acest lucru îl neliniștea. Cuvintelor în sine nu le lipsea sensul, dar felul în care Al vorbea părea să vicieze impactul lor emoțional. Era ca și cum vorbea despre altcineva atunci când l-a descris pe tatăl său nebun, când a descris durerea din propriul său trecut și refugiul pe care l-a găsit când era copil în sexualizarea relațiilor sale.
>
> În timp ce ascultam, am devenit conștient de faptul că îmi era neobișnuit de greu să empatizez cu el. Cunoscându-l de câțiva ani, în mod normal îmi era ușor să mă sincronizez emoțional cu el, să simt urcușurile și coborârile sale emoționale și să le dau un sens. Totuși, acum, prezența fiului său în mintea mea — și probabil și în mintea lui — părea să fi schimbat lucrurile. Dintr-odată, mi se părea că niciodată până acum nu mi-am permis să simt în totalitate gravitatea lucrului pe care Al l-a făcut. Mi-am dat seama că pentru a putea simți că sunt cu el și că îi pot fi de ajutor am avut nevoie să mă mențin în siguranță la o anumită distanță emoțională de faptele din trecutul său. Astfel am repetat aspecte ale propriului meu trecut, la fel cum distanța sa emoțională a repetat aspecte ale trecutului său. În acest fel, se pare că, împreună, am trecut la act o coluziune a apărărilor — probabil — fără de care nu s-ar fi putut.
>
> Îmi aduc aminte că l-am întrerupt pentru a-i spune ceva de genul: „Al, nu sunt sigur dacă și tu simți ceea ce simt eu. Dar trebuie să spun acest lucru pentru mine — și cred că și pentru tine — că este ca și cum Clark se află deja cu noi în cameră. Pentru mine, sentimentul că el este deja aici face mult mai reale și mai dureroase faptele cu care a trebuit să te lupți și ceea ce ai făcut. Și toate astea m-au făcut să-mi dau seama cât de mult am avut nevoie — și probabil cât de mult am avut nevoie *amândoi* — să facem ca aceste lucruri să pară mai puțin reale, pentru a le face cât de cât suportabile".
>
> În acest moment, arătând îndurerat și puțin confuz, Al a privit în altă parte. Apoi a spus: „Nu vreau ca tatăl meu... adică, nu vreau ca eu... adică, nu vreau ca *Clark* să se ferească în continuare de realitatea a ceea ce s-a întâmplat".
>
> I-am spus: „Cred că ezitarea ta de acum — întâi tatăl tău, apoi tu, apoi Clark — probabil înseamnă că simți că ar trebui să te ferești în continuare de realitate". A răspuns oarecum amărât cu o întrebare: „Știi ce a spus tatăl meu când l-am întrebat de ce bea încontinuu? «Du-te și întreab-o pe mama ta»". Când Al era copil, tatăl său a refuzat timp de mai mulți ani să vorbească cu soția sa: Al, cel mai mare dintre cei șapte frați, a fost la mijloc între cei doi, ducând vorbele tatălui la mamă și viceversa.

I-am spus: „Dacă încerc să-mi imaginez cum m-aş simţi dacă ar trebui să vorbesc cu fiul meu despre ceva care mă face să mă simt îngrozitor de ruşinat... Dumnezeule...". Şi aici mi-am pierdut uşor cuvintele necesare pentru a descrie sentimentele care erau greu de suportat, chiar şi în imaginaţie. Uitându-mă la Al, am văzut cum dă capul pe spate, cu faţa contorsionată de suferinţă. Apoi a urmat o pauză lungă pe care am întrerupt-o, întrebându-l dacă ar putea descrie ce se întâmplă acum.

Cu o voce înăbuşită de emoţie, a răspuns că îşi aduce aminte că atunci când avea 14 ani, la şcoală, a fost întrebat de un prieten dacă se simte bine — şi, pur şi simplu, a izbucnit în lacrimi. Şi nu numai din cauza tatălui său, mi-a spus, a minciunilor şi tăcerii şi a casei mizerabile şi a familiei groteşti în care a crescut. Sau mai degrabă erau şi aceste lucruri, dar era şi mai mult decât atât, era o povară îngrozitor de apăsătoare a ruşinii şi vinovăţiei legate de cine *este*, pe care a trebuit în mod constant să le înlăture.

I-am răspuns, observând un paradox teribil: pentru a se proteja cumva de sursele externe ale ruşinii lui, s-a comportat sexual în moduri în care a făcut din ruşinea sa mai puţin o problemă legată de ceea ce a fost forţat să îndure şi mai mult o problemă legată de ceea ce el i-a forţat pe alţii să îndure. Al a spus atunci că ruşinea legată de ceea ce a făcut este atât de insuportabilă încât câteodată nu poate decât să o respingă. „O respingi", am spus, „dar în acelaşi timp o porţi cu tine."

Am continuat să discutăm despre ceea ce ar însemna pentru el să nu respingă sentimentele dureroase — şi despre posibilitatea ca acestea să fie trăite ca fiind o parte dureroasă din el, dar doar o parte, şi nu centrul lui, renegat cu ruşine. La sfârşitul şedinţei, aveam un sentiment comun că ne aflăm pe un nou tărâm. Faptul că am reuşit, în sfârşit, să tolerez în totalitate sentimentele legate de enormitatea a ceea ce a făcut (simţisem deja enormitatea a ceea ce i s-a întâmplat lui) i-a permis atât să îndure mai mult din ruşinea sa îngrozitoare, cât şi să simtă că ar putea fi cunoscut şi acceptat în ciuda acestor lucruri.

La despărţire, m-a întrebat dacă pot să-l îmbrăţişez. „Bineînţeles", i-am răspuns. Voi adăuga aici doar faptul că de-a lungul relaţiei noastre nu aş fi vrut să-l îmbrăţişez, probabil din cauza faptului că mă apăram de anumite sentimente, iar acest lucru făcea imposibil ca eu să pot să-l îmbrăţişez în totalitate, emoţional sau în alte moduri. Acum îmbrăţişarea dintre noi a fost complet naturală şi firească: o exprimare corporală, cred, a recunoaşterii comune a profunzimii înţelegerii emoţionale şi a conectării pe care şedinţa noastră le-a făcut posibile.

În orele clinice ca aceasta, terapeutul are oportunitatea de a transforma o trecere la act repetitivă într-una care este reparatorie sau necesară. Adesea, aşa cum a fost cazul în relaţia mea cu Al, calea spre această transformare începe cu recunoaşterea din partea terapeutului a propriei participări la trecerea la act.

Fiind martor la „trauma transgresării" (Kramer & Akhtar, 1991) privită prin ochii uneia dintre victime, şi nu prin ochii agresorului, am devenit conştient de sentimentele legate de comportamentul lui Al pe care inconştient le-am evitat. Pentru mine, o astfel de evitare a reflectat o nouă versiune a unei nevoi mai vechi de a ţine la distanţă impactul emoţional al celor mai rele experienţe proprii din perioada de creştere. Această excludere defensivă făcea parte din contratransferul meu faţă de Al. Într-un mod similar, Al a reuşit câteodată — dar doar câteodată — să diminueze impactul sentimentelor sale legate de molestarea fiicei lui, prin evitarea sau trecerea lor sub tăcere: aceste apărări reprezentau o trăsătură autoprotectoare a neîncrederii lui transferenţiale în relaţia cu mine. Repetiţia apare aici la fel cum apare în aproape toate trecerile la act, prin suprapunerea — de fapt, potrivirea — dintre aspecte ale contratransferului terapeutului şi aspecte ale transferului pacientului.

Tocmai această potrivire previzibilă determină conştientizarea de către terapeut a rolului său în trecerea la act să fie o resursă atât de puternică. Recunoaşterea naturii participării noastre îl poate face capabil pe pacient să exprime clar anumite faţete ale experienţei sale pe care anterior a fost incapabil sau nu a vrut să le pună în cuvinte.

Conştientizarea trecerilor la act

Ca terapeuţi, odată ce recunoaştem rolul nostru într-o trecere la act, ne simţim de obicei eliberaţi, cel puţin într-o anumită măsură, din strânsoarea

ei. Cum ar trebui să continuăm apoi pentru a folosi această conștientizare nu este adesea un lucru care poate fi făcut pe baza unei teorii. Teoria ne poate oferi unele indicii generale, dar ceea ce dovedește că „merge" până la urmă va depinde invariabil de particularitățile unui anumit terapeut aflat în relație cu un anumit pacient. „Matricea interactivă" unică (Greenberg, 1995) constituită din împletirea subiectivităților lor reprezintă contextul în care intervențiile terapeutului capătă sens.

De ce anume are nevoie acest pacient? Dată fiind propria noastră constituție psihică, ce anume suntem noi capabili să-i asigurăm? În funcție de răspunsul nostru la aceste întrebări, precum și de modul în care simțim necesitățile momentului, vom avea tendința — fie mai mult, fie mai puțin reflexiv — să răspundem cu o dezvăluire deliberată a experienței noastre, cu un comentariu empatic despre experiența pacientului sau o observație despre această interacțiune. În mod alternativ, presupun, un răspuns util ar putea presupune o interpretare, umorul, o tăcere receptivă, stabilirea unor limite sau orice altă tehnică ce pare să servească pacientului, prin slăbirea strânsorii trecerii la act.

Procesarea experienței interne, împărtășirea procesului intern

Încurajând o abordare experimentală și improvizația din intervenția terapeutică (Renik, 1999a; Ringstrom, 2001), teoriile relaționale și ale intersubiectivității au deschis calea unei largi game de „mișcări relaționale" (Lyons-Ruth și colab., 2001; Stern și colab., 1998). În special în ceea ce privește trecerile la act, elementul-cheie pentru noi ca terapeuți este să intervenim în moduri care să demonstreze pacientului *libertatea* noastră de mișcare recent dobândită — adică libertatea noastră de a gândi, de a simți și de a acționa acum în moduri prin care nu am fi putut înainte de a ne recunoaște participarea noastră forțată (și constrângătoare) la trecerea la act.

Astfel de mișcări relaționale pot fi implicite și subtile sau pot fi foarte directe. Pot veni cu ușurință sau cu mari dificultăți, în funcție de tenacitatea nevoilor noastre inconștiente sau ale pacientului. Acestea pot evoca răspunsuri din partea pacientului care sugerează fie că mișcările terapeutului sunt folositoare și eliberatoare, fie că sunt distrugătoare și nedorite. Ceea ce este potențial terapeutic în aceste mișcări relaționale — sub orice formă ar fi ele — este capacitatea lor de a demonstra faptul că terapeutul s-a schimbat și nu mai este blocat în trecerea la act. Pe măsură ce terapeutul se schimbă, relația de obicei se schimbă și astfel, în timp, se schimbă și pacientul. Bineînțeles că acest lucru nu se întâmplă neapărat imediat sau rapid. Lucrul cu conștientizarea trecerilor la act este un proces, și nu un eveniment.

În literatura despre trecerile la act, mai mulți autori au sugerat că pentru a slăbi strânsoarea repetiției astfel încât ceva nou să poată fi învățat și trăit ar trebui să alternăm în mod flexibil între două atitudini: una interpretativă și una expresivă personal. Hoffman (1992, 1994) discută despre aceste atitudini terapeutice alternative în termeni de compuși dialectici de exprimare de sine autentică, pe de-o parte, și înțelegere disciplinată informată teoretic, pe de altă parte. Burke (1992) a explorat același teritoriu schițând „dilema mutualitate-asimetrie", în timp ce Mitchell (1995) a descris abordările contemporane kleiniene și interpersonale ale interacțiunii.

Atunci când se află într-o atitudine interpretativă, terapeutul este distribuit într-un rol de *observator* participant, în timp ce în atitudinea expresivă, terapeutul este distribuit în rolul de *participant* observator. Accentul în primul caz este pus pe a cuprinde și a procesa intern suficient de bine experiența noastră de trecere la act, pentru a o putea înțelege și pentru a putea comunica această înțelegere și pacientului. La al doilea caz, accentul se pune pe a răspunde pacientului cu o expresivitate și o autenticitate care să fie suficient de convingătoare pentru a „rupe vraja" trecerii la act.

Să vă dau un exemplu pentru fiecare abordare. Ambele implică același pacient fără soluție cu privire la atașament — o pacientă pe care o vom numi Ellen — care a fost traumatizat de către părinți care au fost, pe rând, neglijenți și abuzivi. Urmam tratamentul cu ea de șapte ani. Ședința descrisă mai jos ilustrează un răspuns interpretativ la o trecere la act.

> Într-una dintre ședințe, am devenit conștient de tiparul de interacțiune care a avut loc în mod repetat în relația mea cu Ellen. În special în legătură cu perioadele de întrerupere a terapiei, recunoașterea dependenței sale față de mine o făcea să simtă un amestec aproape intolerabil de frică, rușine și furie. Adesea reacționa spunându-mi că ar trebui să vină să mă vadă mai puțin frecvent. Câteodată începea o ceartă sau amenința că va încheia terapia. Ca răspuns la toate acestea, îi comunicam atât implicit, cât și explicit nu

numai că recunoșteam sentimentele sale dificile și mecanismele de apărare împotriva lor, ci și convingerea mea că dependența sa, deși reală, nu era ceva neobișnuit sau rușinos, ci în schimb reflecta o capacitate sănătoasă din ce în ce mai mare de a folosi ceea ce îi ofer.

Luând în considerare răspunsurile mele aparent acordate și adecvate — dar până acum mult prea previzibile — la frica și furia pe care Ellen le resimțea față de dependența ei, am recunoscut, în final, rolul meu în trecerea la act. Am văzut în comportamentul meu propria mea dorință de a o „salva", adică de a o scoate din singurătatea ei prudentă, autoprotectoare, în lumea relațiilor. Am suspectat că, într-o manieră complementară, ceea ce își dorea, dar știa că nu era posibil să trăiască așa ceva, era o relație „reală" cu mine în care, la modul figurativ, ar ieși din lumea ei veche, împreună cu mine, într-una nouă.

Când i-am comunicat acest lucru și ei, reacția imediată a fost de ușurare, probabil din cauza faptului că cuvintele mele i-au permis să se simtă mai puțin captivă în tiparul de răspuns care a perturbat-o, dar care în același timp i-a produs și o profundă confuzie. A spus că nu s-a gândit niciodată la sensul dependenței sale în acest mod, dar că acest lucru a ajutat-o să înțeleagă atât sentimentele sale de furie și rușine, cât și de frică simțite ori de câte ori terapia noastră se întrerupea. De asemenea, a spus că această înțelegere a făcut-o capabilă să vadă că probabil din cauza furiei sale de a nu primi tot ce își dorea de la mine nu mai primea nici unele lucruri de la mine pe care se aștepta într-un mod destul de realist să le obțină. Dar, mi-a spus, a înțelege aceste lucruri în acest fel era, de asemenea, deranjant. Acest lucru s-a dovedit a fi o estimare greșită. Retrospectiv, am văzut că discuția noastră din această ședință a marcat o răscruce de drumuri în terapia noastră.

Următoarea ședință pe care o să o prezint s-a petrecut cu două luni înainte. Ilustrează folosirea expresivității personale în încercarea de a „transcende" o trecere la act.

Ellen a intrat în cabinet părând tensionată și uitându-se la mine cu o privire ușor suspicioasă. Așezându-se pe scaun, a spus pe un ton care mi s-a părut interesant că nu prea a vrut să vină azi la terapie. De fapt, a crezut că nu va veni. Pe măsură ce se desfășurau toate acestea, m-am simțit mult mai relaxat cu ea decât de obicei în acea după-amiază, din motive pe care vi le voi explica imediat. Deși mi-a trecut prin cap gândul de resemnare obișnuit: „Iar o luăm de la capăt", am simțit, de asemenea, că am putea avea o conversație mai productivă despre dorința ei conflictuală de a se întâlni cu mine. „Bine", i-am spus, probabil cu o urmă de zâmbet, „probabil că vom vorbi mai mult despre acest lucru când vom reveni". Mă refeream la faptul că urma să meditām, așa cum făceam de obicei, timp de cinci-zece minute înainte de începerea fiecărei ședințe. Ca răspuns la comentariul meu sincer, dar ușor glumeț, a dat ochii peste cap cu o iritare falsă sau reală, nu mi-am dat seama. Apoi am meditat.

Înainte de a continua, ar trebui să vă spun că în ultimele ședințe am încercat din răsputeri să fac față și să înțeleg sentimentele ei de furie față de mine, dar, în același timp, și sentimentele mele. Am crezut că făcea ca de obicei, ignorând mai multe probleme medicale riscante. Am încercat să înțeleg experiența sa. Am stabilit unele limite, pentru a asigura faptul că va fi în siguranță. De asemenea, am fost exasperat. În ceea ce o privește pe Ellen, supărată, m-a perceput fiind punitiv și intruziv, dar, în cele din urmă, util.

Cu puțin înainte de această ședință, am recunoscut — cu o mare ușurare — rolul meu posibil într-o trecere la act creată împreună. Mi-am dat seama că eram furios pe Ellen în moduri care reflectau atât propriile mele conflicte legate de dependență, cât și furia mea din copilărie față de părinții mei. Ellen era supărată pe mine, probabil în moduri care reflectau nu numai conflictele sale legate de dependență, ci și furia față de tatăl său intruziv și abuziv și față de mama sa neglijentă, prefăcută, care respingea orice ajutor. Din punctul ei de vedere, eu eram tatăl ei, în timp ce ea se zbătea să nu fie mama ei. Din punctul meu de vedere, eram cu mama mea solicitantă, dar extrem de autosuficientă, luptându-mă să nu fiu tatăl meu aparent tolerant, dar de fapt, în interior, plin de resentimente. În mod evident, această analiză suprasimplifică relația extrem de complexă pe care Ellen și cu mine o aveam unul cu celălalt și fiecare cu el însuși. Totuși, această înțelegere mi-a permis să trăiesc ședința

prezentă simțindu-mă mult mai ușor și mai clar, ca și cum pentru prima oară după mult timp aveam, în sfârșit, loc să mă mișc.

După ce am meditat și ochii noștri s-au deschis din nou, eu și Ellen ne-am privit unul pe celălalt. În acest contact am trăit un sentiment foarte surprinzător — și emoționant — de legătură profundă între noi doi. Am suspectat că și ea a simțit același lucru. Expresia facială i se înmuiase, ca într-un fel de acceptare. Nu am văzut-o niciodată pe Ellen arătând atât de calmă și deschisă ca în acele momente.

Apoi s-a sucit pe canapea și a început să vorbească într-un mod superficial, dar destul de mult despre reticența pe care a avut-o în a se întâlni cu mine. Părea să continue discuția mai degrabă contențioasă de data trecută, dar nu cu aceeași intensitate a sentimentelor — ca și cum faptul că m-am extras din strânsoarea trecerii la act a fost, în mod implicit, comunicat și ei și acest lucru a eliberat-o și pe ea parțial din această strânsoare. În mod evident, cuvintele ei nu erau lipsite de semnificație, dar nu păreau să se mai potrivească în continuare cu ceea ce se întâmpla în prezent — cel puțin nu pentru mine. Cred că a simțit și ea ceea ce simțeam eu. În acel moment, o interpretare nu își avea locul. M-a întrebat la ce mă gândesc.

— Mă gândeam la faptul că deși vorbești despre reticența de a fi azi aici și despre supărarea ta — iar acestea au reprezentat, cu siguranță, o mare parte din experiența noastră împreună recentă —, pari să fii foarte capabilă în a fi prezentă aici, în acest moment și nu pari mânioasă. Nu știu, pur și simplu mi se pare că există în acest moment un sentiment foarte puternic și neobișnuit de conectare și acceptare între noi doi. Cu siguranță asta simt. Și cred că și tu simți același lucru.

— Ești foarte receptiv. Apoi a urmat o pauză lungă. Deci ce crezi că este? a întrebat ea.

— Cred că se numește iubire. Am rostit cuvintele fără să mă gândesc la ele. Mi-am dat seama că am vorbit cu ușurință, de parcă aș fi vrut să exprim că într-adevăr cred ceea ce am spus, că este un lucru important, dar, în același timp, nu este ceva atât de neobișnuit — și, cu siguranță, nu un lucru atât de neobișnuit încât nu ar putea fi spus.

Uitându-se direct la mine cu lacrimi în ochi, a dat din cap.

I-am spus că mă gândesc la privirile pe care le-am schimbat după meditație.

— M-am simțit extraordinar de conectat la tine, ca și cum am fi fost amândoi foarte prezenți aici și foarte calmi. Ai avut o privire pe care nu cred că am mai văzut-o înainte; ai arătat atât de liniștită. Evident, nu pot ști, dar cred că ai simțit și tu același lucru atunci... Mă întreb, oare așa este?

Zâmbind și având lacrimi în ochi în același timp, a fost de acord, spunând că l-a simțit ca fiind un moment special: foarte relaxant, foarte apropiat și foarte emoționant.

— Dar a părut că vrei să ieși din această experiență, ca și când nu te simțeai confortabil, având aceste sentimente de conectare și calm.

— Nu pot să am încredere.

— Bineînțeles că nu poți. Părinții tăi cu siguranță nu ți-au dat niciun motiv. Mai mult, ai primit doar opusul acestor lucruri. Trebuie să fie extraordinar de riscant să te oprești, așteptând să cadă și celălalt pantof. Dar să speri la ceea ce ești sigură că nu vei primi.

După altă pauză lungă, a spus:

— David, ai fost extrem de important pentru mine. Îmi este mult mai ușor acum să sper decât mi-a fost vreodată. Nu mai am aceleași reacții automate și nu mai consider că totul este ceea ce pare a fi. Deși sentimentele mele pot fi foarte puternice, nu trebuie întotdeauna să le dau crezare. Luni am vrut să-mi fac rău, dar m-am gândit la tine spunându-mi: „Va trece", și acesta a fost singurul lucru care m-a oprit. Este ca și când ești întotdeauna cu mine. Încă mai simt câteodată că lucrurile se închid înaintea mea, dar pot să-mi recapăt din nou alte perspective, pot să-mi revin mult mai repede decât înainte.

Când ședința era aproape pe terminate, i-am spus, într-un mod spontan, cât este de frumoasă. Acest lucru părea incontestabil. A răspuns:

— Frumoasă în interior, vrei să spui.

— De fapt, nu asta am vrut să spun. Dar sunt convins și că acest lucru este adevărat.

Chiar înainte de încheierea ședinței ne-am îmbrățișat. Uitându-ne unul la celălalt, eram evident amândoi emoționați. M-a atins ușor pe obraz. Apoi a plecat.

În loc de post-scriptum: discutând despre această ședință data următoare, Ellen mi-a spus că este îngrijorată că aș putea crede că a depășit o limită atunci când mi-a atins fața. I-am răspuns că acest gând nu mi-a trecut niciodată prin cap. Aceste cuvinte se pare că au liniștit-o. Atunci când am ridicat posibilitatea că atingerea ar fi îngrijorat-o indiferent de reacția mea, a ezitat. Explorând ceea ce a însemnat acea ședință pentru ea, a spus că a plecat cu un sentiment de bucurie: simțind atât de puternic profunzimea grijii mele pentru ea, acest lucru i-a oferit posibilitatea că ar putea fi și alte persoane care să aibă aceleași sentimente. Totuși, a observat cât de repede a trebuit să suprime această posibilitate. Cu toate astea, a spus, se poate încă raporta la aceasta, în mintea ei, atunci când alege să facă acest lucru.

Alăturarea acestor două ședințe cu Ellen ne ajută să ilustrăm câteva puncte–cheie în ceea ce privește lucrul nostru cu trecerile la act. Foarte pe scurt, le voi discuta pe rând pe fiecare. Între timp țineți minte că în ultimul capitol al acestei cărți voi reveni la aceste ședințe, pentru a vă povesti și restul terapiei mele cu Ellen (sau o parte) și pentru a analiza în continuare problemele extrem de complexe care au apărut.

Experiență emoțională corectivă sau trecere la act?

Frecvent sunt amândouă. Transcenderea unei treceri la act poate face posibilă, cu siguranță, o experiență emoțională corectivă. Totuși, acea experiență în sine adesea va fi văzută, retrospectiv, ca făcând parte dintr-o nouă trecere la act.

De exemplu, ședința cu Ellen pe care abia v-am descris-o a părut să implice un „moment de întâlnire" transformator (Stern și colab., 1998). Recunoscând și ieșind temporar din trecerea la act, în mod obișnuit contențioasă, am devenit conștient de o cu totul altă dimensiune a relației mele cu Ellen. În această dimensiune, interconectivitatea noastră, compatibilitatea noastră și, da, iubirea noastră unul pentru celălalt se aflau în prim-plan. Din punctul de vedere al lui Ellen, trăirea schimbării mele față de relație a permis propriei sale experiențe să se schimbe — ca și cum în răspunsul meu de a o considera o ființă frumoasă și care poate fi iubită a zărit o nouă imagine despre sine și o nouă posibilitate.

Deși experiența lui Ellen din această ședință a avut în mod clar un impact vindecător, poate fi, de asemenea, înțeleasă ulterior ca făcând parte dintr-o trecere la act. Aici mi-am jucat dorința (mai degrabă grandioasă) de a o salva pe Ellen de trecutul său, în timp ce ea s-a simțit sedusă de falsele speranțe pe care, fără să vreau, i le-am încurajat — nu doar ceea ce a considerat ca fiind o speranță prostească a unei relații complete cu un alt bărbat, ci și speranța imposibilă de a avea mai mult decât o relație terapeutică cu mine. În această trecere la act, s-a simțit amăgită de încercarea mea implicită de a o face să-și imagineze un viitor diferit și mai luminos decât cel despre care ea credea că îi este sortit. Este de înțeles că se simțea furioasă și rușinată de faptul că întreruperile din terapia noastră au făcut de necontestat limitările din relația noastră. Totuși, recunoașterea trecerii la act ne-a făcut capabili pe amândoi, cel puțin pentru moment, să transcendem și să percepem posibilitățile reale ascunse în spatele trăirii promisiunilor înșelătoare.

Vechiul din nou și noul din vechi

Trecutul și prezentul se împletesc în trecerile la act. Dintr-un punct de vedere, scenariile pe care le trecem la act cu pacienții noștri reprezintă un „vin vechi în sticle reciclate". Pentru mine, „salvarea" lui Ellen și faptul că am văzut-o pentru moment într-o cu totul altă lumină au reflectat experiențele obișnuite și temporar liniștitoare cu mama mea. Pentru Ellen, trezirea unor speranțe cu-siguranță-dezamăgitoare a evocat experiențele cu tatăl său, care putea fi seducător într-un moment și sadic în următorul moment.

Dintr-un alt punct de vedere, trecerile la act ca repetiții reprezintă, de asemenea, materialul brut din care noile experiențe pot apărea, așa cum este posibil insight-ul viu emoțional în experiențe vechi. Adesea, chiar faptul că terapeutul și pacientul pot să discute despre scenariul pe care l-au trecut la act — aproape sigur într-un fel pe care niciunul dintre ei nu l-ar fi putut realiza în ediția inițială — îl transformă într-o nouă experiență, care altfel ar fi fost doar o simplă repetiție.

Și din alt punct de vedere, există paradoxul ca noua experiență — apărută, să spunem, din explorarea unei treceri la act repetitive — să poată conduce pacientul și terapeutul și mai mult în domeniul celei vechi. Ședința în care am ieșit dintr-o trecere la act contențioasă cu Ellen și a făcut

posibil un moment de întâlnire poate fi tocmai o astfel de situație. Satisfăcând parțial dorința suprimată de iubire și conectare, întâlnirea noastră a gratificat-o. Dar, în același timp, a încurajat-o să-și asume riscuri care păreau terifiante. Din acest punct de vedere, era pregătită să se întoarcă în mod defensiv la ideea că terapeutul său în prezent, la fel ca tatăl său în trecut, o atrăgea pe un teren periculos.

Interpretarea, expresivitatea personală și capacitatea terapeutului de a se schimba

În mod ideal, terapeutul are flexibilitatea și prezența de spirit de a răspunde unei treceri la act atât expresiv (ca în prima ședință descrisă cu Ellen), cât și interpretativ (ca în cea ulterioară). O astfel de flexibilitate poate fi necesară pentru a ne slăbi din strânsoarea unor treceri la act repetitive. Aceeași flexibilitate face posibilă o relație în care întâlnirile dintre pacient și terapeut sunt vii din punct de vedere emoțional, dar, în același timp, deschise la reflecție. În sfârșit, flexibilitatea ne permite să funcționăm pentru pacienții noștri ca modele pentru identificare în cel puțin două moduri.

În măsura în care, într-o manieră relativ controlată, putem „să arătăm unele emoții" (Maroda, 1999), le oferim pacienților dovada vie că într-o relație sentimentele pot fi simțite în siguranță și exprimate. În acest fel, modelăm eficient reglarea afectivă. În măsura în care putem reflecta cu voce tare la trecerile la act, la participarea noastră și a pacientului, putem modela capacitatea de mentalizare.

Atunci când recunoaștem o trecere la act și facem explicit implicitul, transpunându-l în cuvinte, comunicăm pacientului faptul că comportamentul are un înțeles psihologic palpabil — un context al sentimentelor, gândurilor și dorințelor în care pare să aibă un sens. În continuare, când explorăm trecerea la act trezim sau adâncim conștientizarea modelelor mentale inconștiente, ajutându-l pe pacient să devină mult mai conștient de existența și impactul lumii reprezentaționale. În acest fel, trecerile la act asigură pentru terapeut și pacient un context în care fiecare își exersează funcția reflexivă.

Deși flexibilitatea care ne permite să intervenim expresiv și/sau interpretativ este, fără îndoială, de dorit, este, de asemenea, de dorit ca tot ceea ce noi alegem să facem spre binele pacientului să fie în concordanță cu ceea ce suntem ca persoane. Dată fiind responsivitatea umană previzibilă la semnalele nonverbale, nu doar ceea ce facem efectiv va afecta pacientul, ci și sentimentele pe care le percepem în legătură cu ceea ce facem. Dacă, spre exemplu, alegem să ne exprimăm reacțiile emoționale chiar dacă ne simțim inconfortabil cu o astfel de autodezvăluire deliberată, probabil pacientul va sesiza disconfortul nostru și va simți confuzie față de această lipsă de potrivire între conduita noastră și atitudinea nonverbală față de acea conduită.

Dar bineînțeles că o astfel de lipsă de congruență reprezintă, de asemenea, materialul din care trecerile la act sunt formate. Ca terapeuți, când ne surprindem că ne comportăm în moduri care sunt contrare caracterului nostru obișnuit, trebuie să luăm în considerare de ce facem acest lucru. Ce trecem la act? Ce legătură este între modul în care noi simțim interacțiunea și modul de a simți al pacientului? Totuși, într-o măsură semnificativă, capacitatea terapeutului de a se schimba într-un anumit mod — contrar caracterului nostru, în anumite situații — face posibilă schimbarea pentru pacient. Amintiți-vă aici de cercetările care au demonstrat că încadrările într-o categorie de atașament ale copiilor mici se pot schimba dacă persoanele care îi îngrijesc se schimbă (Marvin, Cooper, Hoffman & Powell, 2002).

Trecerile la act în transfer–contratransfer iau naștere dintr-un sistem dinamic, în care schimbarea comportamentului unuia dintre parteneri influențează inevitabil și comportamentul celuilalt. În mod ideal, terapeutul este ceva de genul unui expert „al schimbării sistemului din interior". În practică, acest lucru înseamnă să fim capabili nu numai de a recunoaște trecerea la act în care suntem prinși, ci și de a schimba natura participării noastre, astfel încât să fim capabili să gândim, să simțim și să relaționăm cu o mai mare libertate și conștientizare.

Atunci când o istorie de atașament nesecurizant a impus o lipsă de flexibilitate asupra unui individ, la intersecția dintre vulnerabilitățile acelui individ și cele ale terapeutului va rezulta o limitare a opțiunilor pentru cuplul terapeutic. Asta se întâmplă atunci când apar trecerile la act. Dar terapeutul care găsește cele necesare pentru a gândi, a simți și a relaționa mult mai liber poate deschide pacientului noi opțiuni. De fiecare dată când ne schimbăm suficient de mult pentru a ieși din strânsoarea duală a propriilor noastre limitări și a presiunilor trecerii la act, demonstrăm faptul că schimbarea este posibilă și, astfel, facilităm, în anumite grade, schimbările pe care pacientul însuși și le dorește, dar, în același timp, este înfricoșat de ele.

Domeniul nonverbal II

Lucrul cu corpul

...schimbarea, în cele din urmă, necesită conectarea cu experiența corporală care a fost disociată.

— Wilma Bucci (2002, p. 788)

Psihanaliza — „cura prin vorbire" — și alte terapii prin cuvânt, în general, nu au îndeplinit adecvat sarcina de a integra în munca clinică o concentrare asupra corpului. Adevărul este că fiecare dintre noi ne percepem pe noi înșine și lumea prin intermediul corpului nostru. Filtrate prin modelele noastre mentale, impresiile inițiale despre evenimente se înregistrează prin intermediul celor cinci simțuri ce interacționează cu „simțul intern" proprioceptiv care ne informează despre ceea ce se întâmplă în interiorul corpurilor noastre — frecvența cardiacă, respirația, tensiunea musculară, senzațiile musculare și așa mai departe. În mare parte, acest simț intern este cel care ne permite să știm ce simțim. Simțim emoțiile în corpurile noastre, iar sentimentele ne modelează realitatea. Astfel, experiența, precum și amintirile experiențelor — în special experiența emoțională — își au rădăcinile, în mod fundamental, în corpul nostru.

Importanța includerii unei atenții speciale asupra corpului într-un cadru de lucru orientat pe atașament ar trebui să fie clară: emoțiile sunt o experiență a corpului (Siegel, 1999; Damasio, 1994, 1999), iar relațiile de atașament reprezintă contextul în care învățăm să ne reglăm emoțiile (Fonagy și colab., 2002; Schore, 2003). Tocmai această reglare interactivă psihobiologică ne face în mod treptat capabili să „traducem" senzațiile corporale în sentimente care pot fi recunoscute, numite, conținute și interpretate (Krystal, 1988).

Inițial, copilul mic învață semnificația emoțională a senzațiilor corporale, simțind comportamentul corporal acordat (atingere, privire, expresii faciale și ton al vocii) al figurii de atașament responsive senzitiv. Când pacienților noștri le lipsește o astfel de responsivitate acordată timpurie, în special când au trăit și traume, ei sunt, de obicei, împovărați de o capacitate compromisă de a regla emoțiile. În măsura în care simt emoțiile doar ca senzații somatice sau simptome fizice, corpul lor este cel care „ține scorul", și nu mintea lor (Van der Kolk, 1996). În această lume, sentimentele sunt fapte, pentru că ele sunt realități fizice. Astfel, ele pot fi copleșitoare sau pot fi negate, dar nu se poate reflecta asupra lor.

Pentru mulți pacienți este important — iar pentru pacienții cu traume nerezolvate este esențial — ca terapeutul să includă în tratament o atenție specială asupra experienței corporale. Traducerea limbajului corpului în limbajul sentimentelor ajută la facilitarea reglării interactive a emoțiilor care face posibil ca pacientul să-l simtă pe terapeut ca o nouă figură de atașament și ca o bază de siguranță. În mod reciproc, încrederea pacientului în terapeut ca fiind o bază de siguranță poate facilita o explorare mai profundă a experiențelor corporale și un sentiment din ce în ce mai puternic că emoțiile pot fi tolerate. De-a lungul timpului, o astfel de reglare interactivă a emoțiilor ajută pacientul să învețe să decodeze senzațiile somatice, astfel încât afectele să înceapă să fie folosite ca semnale către sine și către alții. Atunci când, în acest fel, sentimentele pot fi recunoscute ca fiind comunicări ale experienței — ca simboluri interpretabile, și nu ca fapte invariabile —, se deschide ușa către mentalizare și către insight, empatie și libertatea internă pe care mentalizarea le poate aduce.

Suplimentar față de creșterea capacității de reglare a emoțiilor pacientului, concentrarea asupra corpului are potențialul de a facilita integrarea experiențelor pe care relațiile inițiale de atașament ale pacientului nu au putut să le cuprindă. Prin intermediul stărilor corporale (cum ar fi amorțirea sau agitația) și al expresiilor corporale (cum ar fi căscatul sau alte gesturi), pacientul dezvăluie sentimente — și apărări împotriva acestor sentimente — pe care a fost incapabil sau nu a vrut să le recunoască.

Mai mult, corpul amintește, dar și dezvăluie (Rothschild, 2000; Hopenwasser, 1998). Amintirile disociate sunt adesea stocate somatic, nu numai ca senzații care pot fi retrăite în prezent, ci și ca posturi corporale și mișcări incipiente asociate cu experiențele inițiale traumatice ale pacientului.

De exemplu, un pacient depresiv cu dureri cronice de gât și de umăr a recunoscut că, de obicei, își ținea umărul drept ridicat și spre înăuntru ca și cum s-ar retrage pentru autoprotecție din calea vântului. Mai târziu am văzut cum mâna sa dreaptă a devenit un pumn — pumnul care „a vrut, dar nu a îndrăznit niciodată să riposteze" — a spus el atunci când s-a conectat pentru prima oară la furia pe care o resimțea față de tatăl său abuziv fizic.

Astfel, împreună cu ceea ce pacienții noștri evocă în noi și trec la act cu noi, ceea ce exprimă prin intermediul corpurilor poate constitui o cale spre integrarea sentimentelor și amintirilor pe care a trebuit în trecut să le disocieze. De fapt, în mare parte prin activarea experienței corporale și senzoriale în timpul ședinței — și legând astfel de experiențe de imagini și cuvinte asupra cărora se poate reflecta —, facilităm integrarea care stă la baza schimbării terapeutice (Bucci, 2002, 2003; Bromberg, 2003; Ogden și colab., 2005). Construirea legăturilor între senzațiile corporale ale pacienților noștri, sentimentele lor și semnificația pe care o atribuie sentimentelor contribuie, de asemenea, la integrarea regiunilor subcorticale și corticale ale creierului. O astfel de muncă poate, în cele din urmă, să îi facă capabili pe pacienți să fie prezenți într-un mod integrat, atât cu mintea, cât *și* cu corpul. Acest lucru poate fi deosebit de important pentru pacienții fără soluție la traumă, cărora le lipsește abilitatea de a reflecta asupra experienței somatice și, astfel, trăiesc într-un corp „lipsit de minte", și nu în care există o minte. Pentru pacienții evitanți care adesea par a trăi cu o minte fără corp munca cu corpul poate fi crucială pentru a-i reconecta la experiențele somatice și afective de care au fost înstrăinați.

A pune mintea în corp

Corpul va deveni o resursă terapeutică dacă terapeutul este meditativ (Linehan, 1993; Kurtz, 1990; Ogden, 2006). Având o atitudine meditativă, în mod deliberat ne direcționăm atenția — atât atenția noastră, cât și a pacientului — asupra detaliilor experienței în aici-și-acum, în special ale experienței *interne*. Facem acest lucru având o atitudine de acceptare și curiozitate maximă în legătură cu ceea ce observăm, și nu o dorință de a schimba (sau de a interpreta). Terapeutul care sugerează pacientului: „Rămâi atent la ceea ce simți și încearcă să cunoști mai bine acest lucru" are o astfel de atitudine. Acest lucru ne permite să folosim eficient corpul, în loc să credem că senzațiile sunt fie copleșitoare, fie inaccesibile. Atunci când senzațiile corporale *sunt* resimțite ca fiind prea puternice pentru a fi suportate (sau produc frică), meditația poate servi ca antidot al panicii sau al disocierii. Atunci când aceste senzații au fost în mod obișnuit atenuate sau evitate, o atenție meditativă asupra lor poate funcționa ca un antidot al sentimentelor de nonrealitate, devitalizare sau deconectare.

Cultivăm o astfel de atitudine meditativă la pacienții noștri intervenind în moduri care necesită din partea lor să fie într-o stare meditativă — adică să fie conștienți de experiența lor atunci când o trăiesc (Ogden & Minton, 2000). Atrăgând atenția asupra momentului prezent totuși majoritatea terapeuților sunt mult mai obișnuiți să se concentreze mai degrabă asupra emoțiilor pacienților lor decât asupra corpurilor lor. Întrebările sau comentariile despre experiența emoțională („Ce simți în acest moment?" sau „Pari trist") sunt mai degrabă o trăsătură obișnuită a conversației terapeutice decât întrebări sau comentarii legate de experiența corporală („Ce simți în corp acum?" sau „Respirația ta a părut să se schimbe cu câteva minute în urmă"). Date fiind elocvența corpului și faptul că senzațiile somatice adesea indică experiențe renegate sau disociate, această abatere se cere a fi corectată.

„Citirea" corpului

Observarea moment-cu-moment a schimbărilor din corp — atât corpul nostru, cât și al pacientului — este o metodă de a accesa subtextul nonverbal al dialogului terapeutic. Citirea corpului ne ajută să ne cunoaștem propriile sentimente și pe cele ale pacientului. De asemenea, ne ajută să apreciem gradul de conectare dintre partenerii în terapie și gradul în care fiecare dintre aceștia este conectat (sau nu) la propria experiență. În sfârșit, ne poate ajuta să evaluăm dacă starea mentală a pacientului permite ca exprimarea în totalitate a furiei sau a durerii sale poate fi de folos — sau dacă astfel de descărcări psihice pot să fie copleșitoare sau retraumatizante.

Un dicționar afectiv

De la Darwin (1872/1998) la Ekman (2003), oamenii de știință au observat că fiecare dintre emoțiile așa-numite „de bază" sau „categoriale"

(fericirea, tristețea, frica, furia, disprețul, rușinea) are un set caracteristic de expresii somatice. Aceste expresii universale se înregistrează intern, ca senzații viscerale, și, extern, ca răspunsuri musculare/osteoarticulare care sunt vizibile (la nivelul feței și al posturii) și audibile (la nivelul intensității, tonului și ritmului vocii). Mai mult, fiecare emoție tinde să fie exprimată în anumite moduri de comportament sau impulsuri de a acționa.

Următorul rezumat (vezi Rothschild, 2000; Ekman, 2003) poate fi folositor în traducerea limbajului corporal în sentimente despre care se poate vorbi:

> *Fericire:* respirația este adâncă; suspină; zâmbește; râde; ochi strălucitori.
> *Tristețe:* sentimente înăbușite, nod în gât; buze lăsate; ochi umezi, înroșiți; mișcări corporale încetinite; plâns.
> *Frică:* bătăi rapide ale inimii; gură uscată; respirație rapidă superficială; tremurat; ochi larg deschiși cu sprâncenele ridicate; impulsul de a fugi.
> *Furie:* tensiune musculară, în special în maxilare și umeri; buze țuguiate, maxilare încleștate (adesea împinse în afară), sprâncene încruntate, ochi ațintiți, pleoape superioare ridicate; gât înroșit; țipete; impulsul de a lupta.
> *Dispreț:* greață; ridicarea și încrețirea nasului, ridicarea buzei superioare; întoarcerea cu spatele.
> *Rușine:* creșterea temperaturii la nivelul feței; înroșirea; evitarea privirii; impulsul de a se ascunde.

Contratransferul somatic

> *...majoritatea lucrurilor pe care le sesizăm la pacienții noștri e posibil să le simțim întâi în propriile noastre corpuri și, probabil cel mai repede, în respirația noastră.*
>
> — Lewis Aron (1998, p. 28)

Observarea propriei noastre experiențe corporale nu este mai puțin importantă decât observarea celei a pacientului. Deoarece sistemul cerebral al neuronilor–oglindă asigură ca noi să rezonăm practic autonom cu pacienții noștri, stările noastre somatice pot reprezenta răspunsuri inconștiente la comunicarea nonverbală a pacientului. Perceperea inconștientă a fricii pacientului, de exemplu, poate fi transmisă de la insulă la amigdală, pregătindu-ne să ne simțim înfricoșați pe măsură ce neuronii noștri oglindă se activează, în concordanță cu frica pe care o percepem la pacient (Iacoboni, 2005). Pe scurt, experiența noastră corporală/emoțională poate simula experiența corporală/emoțională a pacientului.

Pe de altă parte, deși contratransferul (inclusiv contratransferul somatic) este de obicei un drum cu două sensuri, direcția traficului poate câteodată să aibă originea mai mult în partea terapeutului decât în partea pacientului. De aceea, trebuie să fim atenți, să implicăm cortexul prefrontal și, câteodată, să inițiem un dialog cu pacientul, pentru a putea diferenția rezonanța empatică de proiecția propriilor noastre stări afective asupra pacientului.

Ca terapeuți, conștientizarea propriilor noastre corpuri are o semnificație importantă. Atunci când ne simțim confortabil „în corpul nostru", putem să fim mai ușor prezenți și mai de ajutor. Pacienții nu trebuie să ne citească gândurile, pentru că ne pot citi corpul; aflând în acest fel că suntem prezenți, pot aborda propria lor experiență, fără să își facă prea multe griji legate de experiența noastră. Pe de altă parte, dacă nu suntem mulțumiți în propria piele — ca atunci când nu suntem confortabili, suntem neliniștiți, somnolenți sau mult prea exclusiv „în mintea noastră" —, acest lucru poate semnala un colaps al autoreflecției, o lipsă a abilității de a fi în totalitate prezenți și/sau deconectarea noastră de la pacient. Toate acestea vor face ca pacientului să-i fie mult mai greu să fie prezent, să reflecteze și să se simtă conectat cu noi (Looker, 1998).

M-am referit mai devreme la „corpul în care este prezentă mintea" — prin care am înțeles corpul în care trăim în momentul prezent cu acceptare și conștientizare. Există într-adevăr o alianță între capacitatea de a fi în corp, pe de-o parte, și de a fi prezent, pe de altă parte. A fi în corp este un lucru necesar dacă vrem să fim prezenți. Cum putem fi pe deplin prezenți în acest moment dacă nu ne aflăm în corp? Eigen (1977/1993), abordând exact legătura dintre „corpul care *respiră*" și capacitatea de a fi prezent, scrie: „Sinele structurat de către conștientizarea respirației... nu rămâne în urma timpului și nici nu o ia înainte, ci pur și simplu se mișcă

odată cu acesta" (p. 146). Dimen (1998) spune: „A trăi meditativ cu respirația... înseamnă a trăi în corp, în relaționare, dorință, inconștient" (p. 89), adăugând: „Dacă respiri, simți" (p. 90).[1] Punctul important atât pentru pacienți, cât și pentru terapeuți este faptul că conștientizarea respirației — în particular respirația profundă și relativ lentă — este o poartă către o experiență mai meditativă, inclusiv experiența corporală. Ne poate aduce înapoi în aici-și-acum.

Fereastra de toleranță

Siegel (1999), Rothschild (2000), Ogden și Minton (2000) au susținut că intervențiile clinice sunt, în general, eficiente pe termen scurt în măsura în care ajută la menținerea excitației autonome a pacientului în limite tolerabile; pe termen lung, intervențiile eficiente pot extinde „fereastra toleranței", astfel încât niveluri mai crescute de excitație să fie simțite fără a afecta capacitatea pacientului de a gândi, de a simți sau de a acționa. Ca terapeuți, concentrarea atenției asupra senzațiilor corporale și asupra respirației poate fi în mod special importantă atunci când trecutul traumatic și viitorul imaginat cu frică par să inunde experiența prezentă a pacientului. O astfel de inundare poate fi evidentă pentru terapeut chiar și atunci când pacientul nu dorește sau nu poate să recunoască acest lucru. Dovezile se află în semnele corporale — respirație, culoarea tegumentelor, bătăile inimii — care dezvăluie hiperactivarea uneia sau ambelor ramuri ale sistemului nervos autonom al pacientului (SNA).

Semnele hiperactivării sistemului nervos simpatic (SNS) includ creșterea frecvenței respirației și a frecvenței cardiace, precum și dilatarea pupilelor și paloarea tegumentelor, pe măsură ce sângele se îndreaptă de la cap spre extremități. În această stare, pacientul se poate simți copleșit și dezorganizat. Hiperactivarea sistemului nervos parasimpatic (SNP) este reflectată de o marcată reducere a frecvenței respirațiilor și a frecvenței cardiace, constricție pupilară și o față îmbujorată. În această stare, pacientul adesea se simte amorțit și/sau închis.

Amintiți-vă că amigdala („centrul de supraviețuire") reacționează la pericolele percepute, declanșând răspunsuri neuroendocrine care pregătesc corpul pentru luptă, fugă sau „înghețare" (imobilitate tonică) atunci

1 Vezi, de asemenea, Epstein (1995) și Aron (1998).

când primele două opțiuni nu sunt disponibile, așa cum se întâmplă adesea în cazul traumelor. Știm că pacientul se simte copleșit atunci când vedem semne ale unei hiperactivări simultane a ambelor ramuri ale SNA — SNS care facilitează lupta sau fuga și SNP care promovează imobilitatea. De exemplu, pacientul a cărui respirație este rapidă, dar a cărui față este îmbujorată se simte probabil inundat de emoțiile asociate unei traume. Acesta este probabil momentul să apăsăm frânele.

O abordare aici este de a-l ruga pe pacient să fie atent și să descrie mai degrabă senzațiile corporale decât sentimentele (Rothschild, 2000; Ogden & Minton, 2000). Dacă această concentrare asupra propriului corp se dovedește a fi prea mult, atenția pacientului se poate direcționa către exterior, cum ar fi, să spunem, impresiile senzoriale despre cabinetul terapeutului. O a treia abordare este de a implica pacientul într-un exercițiu de respirație care încetinește și reglează respirația (vezi Weil, 2004). Toate aceste abordări ajută la susținerea pacientului în imediata apropiere a momentului prezent, slăbind strânsoarea emoțiilor vechi, adesea traumatice. Atunci când au succes, astfel de intervenții restabilesc nivelul de excitație autonom al pacientului la nivelul „ferestrei de toleranță" în care „capacitatea mediată prefrontal pentru flexibilitatea răspunsului" poate fi repusă în acțiune (Siegel, 1999, p. 255).

A vorbi despre corp

Conversația despre corp poate fi structurată în mai multe moduri. Putem observa corpul pacientului și putem comenta direct ceea ce vedem. Îl putem ruga pe pacient să observe și să descrie senzațiile din propriul său corp. Putem încerca să dezvoltăm conștientizarea legăturilor dintre senzațiile corporale, sentimentele și gândurile pacientului. Dar orice formă ar lua conversația despre corp, pentru unii pacienți cu siguranță este foarte bogată. Cu siguranță, așa a fost în cazul unei femei căreia i-am atras atenția că vocea sa părea să vină dintr-un loc mult mai aproape de gâtul său decât de abdomen. Mi-a răspuns că observația mea a făcut-o să se simtă destul de neconfortabil, adăugând că era perfect conștientă de tonul vocii sale și nu mai puțin nefericită în legătură cu acest lucru. Sugestiile legate de corp trebuie oferite provizoriu și cu respect, conștientizând potențialul lor de a face pacientul să se simtă expus, conștient de sine sau criticat.

În capitolul 8 am făcut aluzie la munca mea cu „Eliot", un pacient cu un stil de atașament predominant evitant. În timpul unei ședințe recente, în timp ce discutam despre impulsul său de a se retrage de lângă soția lui, Eliot a căscat. Și apoi a căscat din nou. I-am spus:
— Ai căscat acum. Poate acest lucru are o semnificație. Mă întreb dacă îți poți da seama ce simți acum? Sau probabil ce nu vrei să simți?

Eliot a vorbit după o pauză lungă:
— Mă simt obosit.
— Hmm. Ai idee de unde ar putea să vină acest sentiment de oboseală?
Eliot a rămas tăcut, dar părea un pic mânios. Când l-am întrebat ce se întâmplă, a spus:
— Nu-mi place când îmi pui această întrebare. Pare manipulativă. Este ca și cum ai un plan.
Ceea ce treptat a ieșit la iveală a fost sentimentul lui Eliot că îl invitam să fie vulnerabil, întrebându-l despre faptul că a căscat și apoi „jucându-mă cu mintea lui": ca răspuns la dezvăluirea experienței sale, i-am cerut ceva mai mult sau ceva diferit. El și-a dezvăluit sentimentul („de a fi obosit") și am dorit să interpreteze acest lucru — probabil ca o disociere. Dar pentru el nu părea a fi disociere, a spus, deși știa că în trecut faptul că a căscat a avut această semnificație.
Am încercat să repar ruptura de aici, explicându-i că, în parte datorită experienței mele, cred că somnolența și căscatul adesea reflectă nevoia de a nu fi prezent. Dar nefiind sigur că această explicație este universală, am fost pur și simplu curios să aflu cum înțelege el acest căscat. Am adăugat că, pentru mine, „obosit" nu reprezenta atât de mult un *sentiment*, cât mai mult o senzație fizică a cărei semnificație trebuie să o înțelegem. În sfârșit, am recunoscut vulnerabilitatea asociată faptului că m-a lăsat să aflu ce simte.
În acest moment, a părut că se relaxează și mi-a spus un lucru pe care mai devreme nu s-a simțit confortabil să mi-l spună — un afiș lipit pe o cabină telefonică, pe care l-a observat în timp ce venea spre cabinetul meu. De la distanță, a crezut că este unul ca multe altele, pe care le-a văzut cu câteva luni în urmă în „Couch Hollow" — o zonă din San Francisco ocupată în special de terapeuți. Acelea arătau ca afișele cu persoane „căutate de poliție", probabil făcute de un pacient nemulțumit, care îi atenționa public pe ceilalți de riscul prezentat de un terapeut fără etică ce îi violase limitele. Eliot și-a imaginat că afișul de lângă clădirea unde se afla biroul meu era, de asemenea, realizat de un pacient nemulțumit de-al meu. Când a ajuns suficient de aproape pentru a-l putea citi, a aflat că reprezenta o cerere de ajutor pentru găsirea unui câine pierdut.
Discutând despre fantezia sa și despre sentimentul său „irațional" de pericol de intruziune pe care îl reprezentam, am putut să înțelegem mai multe despre furia și despre îngrijorarea sa, ca răspuns la întrebarea mea legată de căscat, precum și despre relația acestora cu nevoia sa de a se retrage din fața soției. Deși afirma că nu este pe deplin liniștit de explicația dată pentru comportamentul meu, a fost de acord că nu mai simte că ar vrea să caște.

Ca terapeuți, adesea avem diverse intuiții despre semnificația comunicării corporale a pacientului sau despre experiența acestuia. În general, prefer doar să comentez ceea ce cred că văd, lăsând sensul să iasă la iveală din explorarea comună pe care comentariul meu, de obicei, o provoacă. Totuși, destul de frecvent, poate fi dificil să facem un comentariu — așa cum s-a întâmplat într-una dintre ședințe cu un pacient care, în mod repetat, și-a dus mâna la față pentru a se scărpina sau pentru a-și da la o parte părul din ochi:

Ceea ce m-a uimit atunci când a dus mâna la față în mod repetat a fost singurul deget care a rămas drept — cel din mijloc —, compunând un gest cu care majoritatea dintre noi suntem obișnuiți. Mi-a fost greu să dau o semnificație comunicării lui corporale, el fiind reticent în a-l traduce în cuvinte.
Apoi mi-am amintit că în ședința anterioară pacientul uitase să plătească. Acum, în timp ce deveneam ușor enervat, mi-am dat seama că, probabil, ceea ce pacientul trecea la act cu mine evoca și încorpora în mine, toate transmiteau același mesaj. Încurajat de interpretarea făcută în tăcere, am împărtășit pacientului observația mea legată de gestul său.
Pacientul a fost neîncrezător — nu mai puțin decât am fost eu — până când și-a amintit că a văzut recent o studentă împingându-și

în mod repetat ochelarii pe nas cu același gest infam. S-a întrebat cum este posibil să fie inconștientă de gestul său. Nu este de mirare că am ajuns să vorbim despre cum este posibil că alții își dau seama de furia sa cu mult înaintea lui.

Contextul fiecărui comentariu pe care îl facem despre corpul pacientului este, bineînțeles, relația terapeutică. În mod ideal, terapeutul funcționează ca o bază de siguranță, a cărei prezență face sigură explorarea experienței corporale posibile a pacientului. În mod paradoxal, exact această siguranță stabilește condițiile în care pericolele nerostite ale relației pot uneori să prindă glas.

Fiind uimit într-o zi de postura unui pacient cu o istorie de traumă, m-am străduit să pun în cuvinte pentru el ceea ce am observat la corpul lui, pe când intra în cabinet. Atunci când, relatându-i impresia mea, nu am reușit să exprim ceea ce doream, l-am întrebat dacă este de acord să mă lase să încerc să-i *arăt* ce am văzut. Având acordul lui, m-am ridicat în picioare și am încercat cu corpul meu — cu pieptul și bărbia împinse înainte — să oglindesc modul în care arăta el:

> În mod evident deranjat de mimarea posturii sale, a spus că părea supărat și agresiv, adăugând că se simte inconfortabil acum, aici — fizic inconfortabil. L-am întrebat dacă poate descrie senzația. „Este ca și cum există o tensiune peste tot", a răspuns el, mișcându-și mâna peste piept de la un umăr la celălalt. „Este ca și cum aș vrea să lovesc și mă abțin în același timp."
>
> Am văzut cum fălcile i se încleștau și cum mâna sa dreaptă se strângea în mod repetat. Și-a arcuit spatele, întinzându-se, și l-a trecut un fior scurt, ca și când pe jumătate ar fi fost afectat de acest sentiment și pe jumătate ar fi încercat să scape de el. Apoi stând jos, s-a aplecat înainte, capul i-a căzut în piept și și-a odihnit brațele pe coapse. În același timp, și-a împreunat mâna dreaptă (care nu mai era strânsă în pumn) cu mâna stângă. Ținându-le strâns împreună și frecându-le ușor, părea a fi o imagine a resemnării. L-am întrebat dacă este conștient de ceea ce face corpul său.
>
> A dat din cap și a spus: „Știi, nu mă simt deloc confortabil când sunt așa. Nu mi se pare normal să am astfel de sentimente. Problemele fizice în care am intrat și înainte, este ca și cum pur și simplu te-ai detașa total și le-ai diseca".
>
> Știam la ce se referea: în urmă cu câteva ședințe, corpul său a erupt în ceea ce păreau să fie mișcări asemănătoare celor convulsive, practic involuntare, cu o putere enormă, care au avut (cel puțin în ochii mei) un rol intimidant, dacă nu chiar o tentă furioasă. Permițându-ne să ne adresăm părții „ascunse" a experienței acestor episoade, cu un amestec de neliniște și ușurare, i-am spus că probabil m-am simțit speriat de el, temător că lucrurile ar putea scăpa de sub control sau că ar putea să mă lovească. Mi-am împărtășit părerea că, probabil, detașarea pe care a simțit-o din partea mea era rezultatul incapacității mele de a recunoaște pe deplin această frică.
>
> A răspuns că se simte ușurat să audă acest lucru acum, pentru că atunci a simțit că nu eram real cu el. Mai târziu în timpul ședinței mi-a spus (cu o mare dificultate) că în mod repetat a avut fantezia că îmi „trăgea o mamă de bătaie", dar niciodată nu a putut să-mi spună acest lucru.

Urmărirea senzațiilor corporale ale pacienților noștri în mod continuu este vitală, pentru că ele, aproape întotdeauna, se schimbă într-un mod imprevizibil și cu o semnificație. Atunci când îi facem pe pacienții noștri să suporte senzațiile dificile, le permitem să învețe că participarea la experiența corporală poate să o transforme și să o clarifice. Astfel, facilitând punerea minții în corp, putem promova atât autoreglarea, cât și conștientizarea experienței disociate. Mai mult, urmărirea corpului pe măsură ce senzațiile se schimbă câteodată deschide ușa către o nouă experiență:

> Un pacient ale cărui atașamente timpurii au permis puțin spațiu pentru o dependență sănătoasă era furios pe faptul că soția sa însărcinată se supăra atât de ușor. Se plângea de faptul că soția sa — fiind pe punctul de a pleca într-o călătorie de serviciu de două săptămâni, lăsându-l pe el singur cu băiatul lor de 1 an — îi îngreuna și mai mult existența cu grijile ei legate de locul în care va sta, cum se va descurca acolo și tot așa. Ajutându-l să recunoască sursele probabile ale anxietății soției sale (urma să fie separată de soțul ei, de fiul și obstetricianul ei), am evocat grijile sale legate de dificultatea

de a empatiza cu ea. Atunci când eforturile noastre de a înțelege sensul nepăsării sale mânioase nu au condus la nimic, i-am sugerat să se concentreze pe senzațiile corporale.

Și-a dat seama că are „fluturi" în stomac, senzație pe care a interpretat-o ca fiind frică. Încurajat să urmărească această senzație, a spus că simte cum aceasta „crește". Exista o presiune în spatele ochilor: lacrimi și tristețe. Era tăcut. Întrebându-l atunci ce simte, am fost surprins să aud că spune că simte doar tristețe. A spus că o întreagă gamă diferită de emoții se deschidea. A simțit dorința să fie alături de soția lui și a avut o imagine a dragostei acesteia „care radia" înspre el.

Evident că nu fiecare exercițiu de conștientizare a corpului are astfel de rezultate bune. Pacienții evitanți ca acesta adesea afișează un ecran alb atunci când sunt invitați să se racordeze la corpul lor. Totuși perseverând, chiar și lipsa de conștientizarea a unei senzații anume poate clarifica îndepărtarea pacientului de propriul corp, care poate avea potențialul de a fi un izvor nesecat de energie și informații. În mod frecvent, este de ajutor să le sugerăm pacienților să observe ce se întâmplă în corpul lor, ținând cont în același timp de ceea ce simt, gândesc și își imaginează în prezent.

Mobilizarea corpului

Elementul de bază al teoriei atașamentului este că suntem preprogramați biologic să căutăm un „sanctuar sigur" într-o altă persoană mai puternică sau mai înțeleaptă atunci când ne simțim amenințați de un pericol. Dacă nu este disponibilă o astfel de figură protectoare, atunci opțiunile noastre active se limitează la luptă sau la fugă; când niciuna dintre aceste opțiuni nu poate fi pusă în act, singurele alternative rămase sunt înghețarea sau imobilitatea. Pasivitatea neajutorată — inhibarea unui mod activ de a face față unei amenințări copleșitoare — se află la baza majorității traumelor. Anularea unei asemenea inhibiții prin mobilizarea corpului poate fi esențială pentru inversarea impactului traumei, inclusiv al traumei relaționale declanșate de o figură de atașament înspăimântătoare — și imobilizantă — care nici nu poate fi abordată în siguranță și nici nu se poate scăpa de ea (Ogden și colab., 2005).

Traumele imobilizante, după cum vă aduceți aminte, pot dezactiva porțiuni ale creierului, furând voința (cortexul prefrontal dorsolateral) și reducând la tăcere vocea (aria lui Broca) atâta timp cât pericolul persistă. Totuși, paralizia temporală și „teroarea lipsită de cuvinte" (Van der Kolk, 1996) asociate traumei pot lăsa o moștenire durabilă. Astfel, mulți dintre pacienții noștri suferă de o compulsie cronică de a se supune și de o incapacitate continuă de a stabili limite potrivite sau de a iniția acțiuni eficiente din proprie inițiativă — inclusiv acțiunea de a se apropia de alții pentru sprijin. Deși acești pacienți au fost cu adevărat victimizați în trecut, inhibiția lor obișnuită îi menține în poziția de victime și în prezent (deși frustrați și furioși câteodată). „A șchiopăta prin viață" este o expresie care sugerează cum inhibiția născută din traumă continuă să se exprime prin intermediul corpului. Observând senzațiile corporale totuși pacienții adesea descoperă impulsuri disociate de a acționa autoprotector, în moduri care erau înainte mult prea periculoase pentru a risca (Ogden, 2006). A-i face capabili să acționeze asupra acestor impulsuri potrivnice — inclusiv acțiunea de a vorbi despre acestea — poate ajuta la ruperea obiceiului inhibiției, așa cum este ilustrat în următoarea vinietă:

Simțindu-se tiranizat de către șeful său, „Lowell" — un pacient cu un istoric de abuz fizic în copilărie — a luat decizia de a-și părăsi serviciul, dar nu era capabil încă (după cum spunea) să „apese pe trăgaci". Timp de mai multe ședințe am explorat fricile sale legate de catastrofa pe care o va declanșa dorința sa de a pleca: șeful său va deveni furios. Nu i se va permite să demisioneze sau, dacă ar face acest lucru, va fi trecut cumva pe o listă neagră și nu i se va mai permite să se angajeze din nou. Pe de altă parte, își făcea griji că șeful său va fi extrem de devastat de acest lucru. Ajungând să realizeze natura irațională a acestor frici contradictorii, Lowell, în cele din urmă, s-a hotărât să acționeze — ajungând într-o panică de intensitate traumatică. Simțea că își pierde mințile. În plus pe lângă anxietatea lui Lowell exista și frica lui de a fi catalogat de mine „mult prea slab" pentru a demisiona.

Mi-am transmis empatia față de distresul lui și am sugerat să lăsăm deoparte pentru moment decizia și în schimb să ne concentrăm asupra panicii pentru a-l ajuta să o înțeleagă și să o stăpânească mai

bine. Presupunând că o concentrare asupra experienței corporale în aici-și-acum ar putea avea un rol atât calmant, cât și clarificator, l-am întrebat pe Lowell dacă ar dori să participe la un fel de experiment: ar vrea să încerce să fie atent la senzațiile corporale? Am căzut de acord că, în orice moment s-ar simți într-un distres mai mare, ne vom opri și vom reconsidera această situație.

Inițial pe un ton încordat și stins, Lowell a descris o senzație de tensiune în stomac și a spus că se simte deprimat. L-am întrebat dacă poate să mențină această senzație din corpul său pentru a o cunoaște mai bine. A spus că este ca și cum ar fi ceva în interiorul lui... o presiune... care creștea, iar tensiunea urca spre umeri și brațe. Vorbind în continuare pe un ton încordat, a spus că se simte ca și când ar vrea să îndepărteze ceva — să scape pur și simplu de ceva (a spus cu puțin mai multă forță).

— Și dacă, pur și simplu, ți-ai lăsa corpul să facă ceea ce vrea?

— Este îngrijorător. Mă întreb dacă atunci când ești îngrijorat, ai face ceva care ar fi prea mare sau prea puternic.

— Probabil.

Apoi mâinile sale s-au făcut pumni, pe măsură ce se lăsa pe canapea pentru sprijin și a dat din picioare, repetând de câteva ori în același timp cu aceste mișcări:

— Dispari dracului de aici!

Puterea și furia cuvintelor și gesturilor sale au rămas în aer ca un ecou, diminuându-se ușor. L-am întrebat ce se întâmplă în interiorul său, ce conștientiza acum. Cu o urmă de zâmbet a spus:

— Sunt conștient de faptul că nu mă mai simt deprimat.

Procesând împreună această experiență, a făcut reală din punct de vedere emoțional legătura dintre panica lui Lowell la gândul de a „apăsa pe trăgaci" asupra șefului său și frica pe care a simțit-o când era copil de a da drumul la ceea ce era o violență aproape suicidară față de tatăl său înspăimântător și vicios. La puțin timp după aceea, a vorbit cu șeful său, cu care a reușit să se înțeleagă mai bine. Totuși, Lowell nu a renunțat la gândul de a demisiona.

Pe lângă dezinhibarea fizică a apărărilor adaptative, pacientului îi poate fi de ajutor să-și *imagineze* că face acest lucru. Neuroștiințele contemporane, eliminând granițele presupuse dintre percepție și activitate motorie, arată că — în ceea ce privește creierul — există mult prea puține diferențe între experiențele imaginate și cele trăite decât am crezut inițial. Implicația care rezultă de aici este că schimbarea terapeutică poate fi promovată imaginându-ne un nou comportament sau, pur și simplu, comportându-ne în moduri noi (Siegel, 2004). De aceea, am putea să întrebăm pacienții, de exemplu: *Cum este dacă te vezi când erai copil, confruntându-te efectiv cu furia tatălui tău, ripostând sau susținându-ți părerea?* Sau: *Ce simți acum dacă îți imaginezi cum ai fi putut să reușești să te protejezi de abuzurile fratelui tău, spunându-i mamei ce-ți făcea?* Deschidem noi posibilități pentru pacienții noștri atunci când îi putem ajuta să se comporte — sau să-și imagineze că se comportă — în moduri până acum de neimaginat.

Desomatizarea și pacientul fără soluție

Emoția este în mod esențial psihosomatică
— Joyce McDougall (1989, p. 96)

„Desomatizarea" (Krystal, 1988) este un termen care descrie un aspect-cheie al procesului terapeutic cu pacienții care au fost traumatizați. Acești pacienți, în mod obișnuit, își trăiesc emoțiile ca fiind mai degrabă senzații somatice sau simptome fizice, nu sentimente. Deși conștientizarea umană a fost descrisă ca fiind un „teatru al minții" (vezi Blackmore, 2004), pacienții cu traume nerezolvate par adesea să trăiască într-un „teatru al corpului", în care singurele ieșiri par a fi disocierea și „exploziile psihomatice" (McDougall, 1989). Desomatizarea — reintroducerea psihicului în experiența somatică a pacienților — poate oferi o altă cale de ieșire.

În mod evident, moștenirea unei traume nerezolvate și a unui atașament dezorganizat este atât biologică, cât și psihologică. Niveluri înalte, cronice ale excitației autonome legate de stres pot produce simptome fizice (cum ar fi tensiune musculară, tensiune arterială crescută, dificultăți ale respirației) și pot afecta funcționarea sistemului imunitar. Afectele nemodulate, fiind factori de risc pentru diverse boli, adesea îi lasă pe pacienții noștri traumatizați să se simtă victimele propriilor lor corpuri (Scaer, 2001). Pentru a fi cât mai de folos acestor pacienți, este important să înțelegem

cercul vicios al reglării emoționale deficitare și al distresului somatic în care aceștia se află de obicei captivi.

Stresul traumatic și emoțiile nereglate afectează în mod direct creierul. Ele suprimă activarea hipocampului sau chiar produc atrofia acestuia, lăsând amigdala să reacționeze fără discriminare la pericolele percepute. Neverificată de situația contextuală, de memoria explicită și de controlul exercitat în mod normal de hipocamp, amigdala pacientului traumatizat intră în funcțiune la declanșări extrem de fine, activând sistemul nervos autonom, ca răspuns la semnale pe care majoritatea dintre noi le-ar considera neutre — sunetul motorului unei mașini sau bătăile accelerate ale inimii ca răspuns la excitație sau efort. Rezultatul unei traume nerezolvate poate fi o viață trăită ca o permanentă urgență — corpul afectat de crize reale sau imaginare, iar mintea nu găsește loc pentru a traduce stările somatice în sentimente care pot fi împărtășite, asupra cărora se poate reflecta și care pot fi modulate. Sarcina terapeutului cu pacientul cu traumă nerezolvată este de a asigura spațiul relațional care să deschidă spațiul mintal, în care să aibă loc această traducere — desomatizarea.

Procesul de desomatizare depinde în primul rând de abilitatea terapeutului de a-i face pe acești pacienți să-și tolereze senzațiile corporale, și nu să le disocieze. Disocierea reprezintă răspunsul pacientului la niveluri de excitație care amenință să treacă peste fereastra de toleranță. La adăpostul relativ al relației terapeutice, modulăm o astfel de excitație excesivă și ajutăm la eliminarea disocierii, atât prin încurajarea pacientului să observe senzațiile corpului pe măsură ce acestea se schimbă, cât și prin transpunerea limbajului corporal al pacientului în cuvinte. Făcând acest lucru, îl ajutăm pe pacient să-și formeze un vocabular prin care să descrie experiențele fizice.

Un astfel de vocabular are două funcții importante pentru pacientul cu o traumă nerezolvată. Aflați în fața tendinței lor de a *echivala* reacțiile somatice cu cele emoționale, capacitatea de a diferenția senzațiile corporale de sentimente poate ajuta la eliberarea acestor pacienți de sub tirania „echivalenței somatice" în care, de exemplu, bătăile accelerate ale inimii înseamnă teroare — și nu doar un reflex autonom condiționat lipsit de semnificație emoțională. Aflați în fața tendinței lor de a *decupla* reacțiile somatice și emoționale (bătăile accelerate ale inimii sunt doar un simplu simptom cardiac, niciodată un semn al fricii), capacitatea de a lega senzațiile de sentimente îi poate ajuta pe acești pacienți să-și folosească experiența internă ca o bază pentru a se înțelege pe ei înșiși și a comunica cu ceilalți.

Pentru a clarifica relația dintre corp și emoții poate fi deosebit de util să le descriem pacienților tiparul lor de expresie facială, postura, gesturile, precum și ritmul vocii, care pot fi recunoscute ca afecte — adică, semne vizuale sau auditive ale emoțiilor. Odată ce aceste senzații corporale și afecte sunt integrate ca parte a conversației terapeutice, scopul nostru este de a le lega de sentimentele pacientului (și de mecanismele de apărare împotriva sentimentelor), precum și de contextul care le-a evocat.

> Marla avea o istorie de pierdere timpurie, neglijare și traumă. Într-una dintre ședințe, părea să fie chiar mult mai ruptă de realitate decât de obicei, fără să pară să se gândească sau să simtă ceva anume. Când am întrebat-o dacă este conștientă de ceva anume în corpul ei, a spus că a observat o senzație de apăsare în partea superioară a abdomenului, chiar sub rebordul costal.
>
> Pe măsură ce exploram această senzație, și-a dat seama că tensiunea de la nivelul mușchilor abdominali a împiedicat-o să respire profund. (Luând în considerare expresia lui Dimen [1998] „dacă respiri, simți", m-am gândit că a respira mai puțin era o modalitate pentru această pacientă de a simți mai puțin.) A spus că senzația de apăsare era una obișnuită și asociată cu interacțiunile sociale care o făceau anxioasă, în special interacțiunile în care voia ceva de la cealaltă persoană.
>
> Lucrul cu corpul ei a fost o modalitate de a începe să aducem în mod direct în relație emoțiile sale disociate — în mod special, emoțiile care ar putea provoca nevoile de dependență pe care experiențele formatoare au învățat-o să le nege.

Desomatizarea implică nu numai recunoașterea și conținerea senzațiilor corporale și a afectelor, ci și a le da sens și a le interpreta. La nivel fundamental, a da sens senzațiilor și afectelor implică interpretarea lor ca sentimente (așa cum a spus Marla, „dacă simt o apăsare în stomac și respirația este superficială, probabil că sunt speriată"). La un alt nivel, interpretarea înseamnă legarea experiențelor corporale și afective din prezent de cele din trecut. De exemplu, un pacient a ajuns să asocieze durerea testiculară

de experiențele de teroare din copilărie, când se simțea „torturat" psihologic de mama sa.

Desomatizarea este o importantă dimensiune a psihoterapiei cu pacienții cu traume nerezolvate, care are ca rezultat, în cel mai bun caz, o capacitate mult mai mare nu numai de a regla emoțiile, ci și de a avea o autoconștientizare reflexivă. Creșterea acestor capacități gemene îi poate face în mod gradual pe acești pacienți să se oprească din oscilarea între experiența de a fi captiv în propriul corp sau experiența de a se disocia de acesta. Poate, de asemenea, să diminueze tendința lor de a da răspunsuri focalizate somatic (cum ar fi auto-medicația sau automutilarea) la dificultăți care sunt în principal psihice. Pentru a sintetiza, poate să facă posibilă pentru pacienții cu traume nerezolvate procesarea experienței dificile, atât cu mințile, cât și cu corpurile lor.

„Resomatizarea" și pacientul evitant

Amintiți-vă studiile care arătau că adulții care resping pot părea calmi în timpul discuției despre istoria lor de atașament — în timp ce măsurătorile fiziologice scot la iveală distresul emoțional pe care îl resimt doar vag sau poate chiar deloc (Dozier & Koback, 1992). Astfel de pacienți sunt adesea deconectați de la senzațiile somatice, cum sunt și în raport cu sentimentele lor — probabil ca rezultat al strategiei lor de atașament „dezactivatoare", care cere deconectarea de la *toate* semnalele interne care ar putea evoca conștientizarea nevoii lor de ceilalți. Trăind în mare parte „în capul lor" și ocupând corpuri care mai degrabă „fac", și nu „simt", astfel de pacienți adesea par săraciți de viață și muți din punct de vedere afectiv, limitați în capacitatea lor de entuziasm, în special în ceea ce privește relațiile. Așa cum Siegel (1999) sugera, ei pot avea „un exces al tonusului general parasimpatic" (p. 283). În general, lipsindu-le experiențele timpurii în care erau susținuți fizic și ocrotiți, nu au astfel de relații ocrotitoare sau receptive cu propriile lor corpuri.

O parte din lucrul cu acești pacienți trebuie să aibă ca țintă revendicarea corpului care simte. Acest lucru cere ca terapeutul să urmărească corpul în moduri în care pacientul nu o poate face. Comunicându-i pacientului interesul nostru pentru experiența sa somatică, transexprimăm faptul că, de fapt, contează ceea ce corpul *simte*, atât el, pur și simplu, cât și ca semnal al experienței emoționale a pacientului. În loc să ignorăm corpul pacientului, trebuie să cercetăm și să-l observăm, iar atunci când corpul „vorbește" fără cuvinte, trebuie să-l informăm pe pacient despre ceea ce „auzim". Atunci când reușim să-i ajutăm pe pacienții evitanți să fie mai racordați la corpurile lor, îi ajutăm, de asemenea, să devină mult mai prezenți — în relație cu sentimentele lor cu ceilalți sau cu ei înșiși. Aceasta este o altă modalitate prin care, generând o relație terapeutică incluzivă, îi ajutăm pe pacienții noștri să integreze experiențe — în acest caz, experiențe corporale și emoționale — pe care înainte au fost incapabili să le considere ca fiind proprii.

Mentalizarea și meditarea

Spirala dublă a eliberării psihice

Conținutul fluxului mintal nu este la fel de important precum conștientizarea care îl cunoaște.
— Mark Epstein (2001, pp. 6-7)

Cercetările teoriei atașamentului susțin puternic ideea că stările noastre mentale relativ constante, precum și experiențele noastre subiective din fiecare moment pot fi influențate de *atitudinea* noastră față de circumstanțele interne sau externe ale vieții noastre la fel de mult — sau chiar mai mult — cât sunt influențate de circumstanțele respective.

Relațiile de atașament securizant facilitează capacitatea de a adopta o atitudine de mentalizare reflexivă care ne permite o atenție flexibilă, o deschidere către informații noi și abilitatea de a lua în considerare mai multe perspective asupra aceleiași experiențe. O astfel de atitudine este esențială dacă vrem să ne înțelegem pe noi înșine și pe ceilalți. Astfel, în mod particular, face posibilă o perspectivă *psihologică* care ne permite să recunoaștem (1) că există o lume internă care modelează comportamentul și (2) că această lume internă este una reprezentațională legată, dar nu identică cu lumea externă pe care o modelează. O atitudine reflexivă promovează, de asemenea, libertatea internă — o conștientizare a fluidității și flexibilității experienței subiective, precum și posibilitatea de a ne exercita capacitatea de a acționa, adică de a încerca în mod deliberat să influențăm natura experienței noastre.

În schimb, atașamentul nesecurizant și/sau traumele nerezolvate conduc la strategii atenționale rigide și câteodată fragile care nu restricționează capacitatea de a actualiza modelele interne vechi pe baza noilor informații și de a lua în considerare experiența din mai multe perspective, inclusiv — cea mai importantă — din perspectiva psihologică, fără de care este imposibil să dăm sens propriului nostru comportament și al altora. Atitudinea aici este una de scufundare în experiență, care ne limitează atât de mult la perspectiva îngustă asupra experienței actuale încât orice altă perspectivă devine irelevantă din punct de vedere emoțional. Blocați într-o astfel de atitudine, nu suntem capabili să ne interpretăm experiența, ci suntem, pur și simplu, definiți de ea.

Mulți dintre pacienții care ne caută ajutorul sunt în mod cronic sau intermitent prinși în experiența lor, având ca rezultat faptul că se simt neajutorați să modifice singuri suferințele, simptomele sau limitările care îi aduc la terapie. Astfel de pacienți, atunci când nu sunt capabili să sesizeze diferența dintre experiența brută și reacțiile lor la aceasta, sunt pasibili să se simtă încătușați de propriile lor emoții și credințe, ca și cum acestea ar fi fapte literalmente inflexibile. Spre deosebire de faptele obiective, experiența subiectivă — un amestec fluid multimodal de senzații corporale, emoții și gânduri — apare doar pe măsură ce lumea noastră reprezentațională unică filtrează percepțiile despre realitatea externă și internă. Totuși, adesea, pacienții noștri nu reușesc să acceseze sau să beneficieze de conștientizarea impactului lumii reprezentaționale. Astfel, ei ajung să fie prinși în acea lume, trăind ca și când harta ar fi, de fapt, teritoriul.

În cel mai rău caz, ei sunt incapabili să se gândească la ceva ce nu cred deja, sunt incapabili să-și imagineze că simt ceva ce nu simt în prezent și sunt incapabili să ia în considerare altă perspectivă sau altă modalitate de acțiune decât cea în care sunt angajați în acel moment. În mod inevitabil, a fi prinși în experiență subminează reglarea afectivă și flexibilitatea răspunsului, precum și sentimentul de putere proprie, care le-ar permite acestor pacienți să simtă că ar putea avea un rol în modelarea propriilor experiențe.

Ca terapeuți, și noi ne putem găsi câteodată prinși, având ca rezultat faptul că abilitatea noastră de a gândi, de a simți și de a acționa liber poate fi sever redusă. Trecerile la act în transfer–contratransfer reprezintă situații de scufundare *comună* în experiență. Atunci când suntem pur și simplu prinși în experiență, suntem prinși atât de propria noastră lume reprezentațională internă, *cât și* de lumea realității externe, incluzând aici și comportamentul altor persoane. O atitudine de mentalizare și/sau una meditativă are potențialul de a slăbi strânsoarea circumstanțelor interne și externe în care ne aflăm dublu prinși.

[M]entalizarea și meditația ca procese de „desprindere"

Amintiți-vă descoperirea clinică crucială conform căreia capacitatea [...]nul adult de a se gândi la gândurile sale — metacogniție — și de a inter[p]reta comportamentul uman în termeni de stări mentale subiacente — [m]entalizarea — reprezintă un factor de pronostic mai bun al siguranței [...]nte de atașament și al capacității de a crește copii siguri decât evenimen[te]le legate de istoricul de atașament pe care și le amintește acel individ [(F]onagy, Steele & Steele, 1991). În mod evident, o capacitate bine dezvol[ta]tă de a adopta o atitudine reflexivă poate fi un atu în fața trecutului per[so]nal, chiar și atunci când acest trecut este destul de îngrozitor.

Unul dintre pacienții mei avea cicatrice psihice lăsate de neglijarea și [a]buzul din copilărie, aproape grotesc ca severitate. Totuși, incredibil de [r]ezilient, nu era deloc incapacitat de istoria sa de traumă. Elementul-che[ie] al supraviețuirii sale emoționale era reprezentat de faptul că a recunos[cu]t la vârsta de aproximativ cinci ani că mama sa era „nebună". Această [m]entalizare timpurie a ameliorat impactul a ceea ce altfel ar fi fost circum[st]anțe dezastruoase de dezvoltare.

De-a lungul vieților noastre, mentalizarea are potențialul de a ne elibe[ra] de scufundarea în lumea internă și realitatea externă, facilitând con[ș]tientizarea profunzimii interpretative și a naturii reprezentaționale a ex[p]erienței subiective la noi înșine și la ceilalți. Pacientul meu, de exemplu, [a] fost capabil să compenseze experiența sa internă de rușine și vină, lu[â]nd în considerare mintea instabilă a mamei sale. Decât să o privească pe [m]ama sa ca fiind sănătoasă și pe el însuși ca fiind rău, el a redescris-o ca [f]iind „nebună" și astfel a păstrat posibilitatea propriei sale bunătăți.

„Redescrierea reprezentațională" (Karmiloff-Smith, 1992) și interpretarea [p]e care mentalizarea o face posibilă clarifică nu numai elementele mentale im[p]licite ale experienței trăite în aici-și-acum, ci și contextul în termeni de trecut [a]mintit sau viitor imaginat. Mentalizarea facilitează „călătoria în timp menta[lă]" (Wheeler, Stuss & Tulving, 1997) care ne permite, în mod paradoxal, să fim [...] mai mult prezenți în momentul actual. Atunci când ne lipsește capacitatea [d]e mentalizare, experiența noastră actuală poate fi mult prea des trăită în um[b]ra trecutului descurajant sau a imaginării unui viitor catastrofal.

Făcându-ne capabili să luăm în considerare o astfel de experiență din [p]unctul de vedere al stărilor mentale subiacente și al istoriei lor, mentalizarea face posibilă o dezidentificare de răspunsurile reflexe și dăunătoare propriilor interese, care ne-au prins în capcană în trecut. În acest mod, contribuie la o „dezautomatizare" (Deikman, 1982) de la tiparele noastre obișnuite de a gândi, de a simți și de a acționa. Pentru că deschide un spațiu mintal — și adesea un interval de timp — între experiența noastră și răspunsurile noastre la experiență, mentalizarea este o modalitate de „desprindere" (Safran & Muran, 2000).

În timp ce atitudinea reflexivă care semnalizează mentalizarea apare în mod proeminent în teoria atașamentului, atitudinea meditativă a primit doar o atenție minoră din partea teoreticienilor atașamentului. De asemenea, și ea este o atitudine față de experiență care facilitează desprinderea și dezidentificarea de stări mentale problematice. Dar spre deosebire de mentalizare, care se concentrează pe *profunzimea* psihologică a experienței — incluzând aici dimensiunea sa inconștientă și istoria sa —, o atitudine meditativă slăbește strânsoarea circumstanțelor interne și externe prin concentrarea atenției în mod deliberat și noncritic asupra *amplorii* experienței în momentul prezent.

Într-o atitudine meditativă, în loc să ne *gândim* la semnificația experienței (așa cum facem atunci când mentalizăm în mod intenționat), pur și simplu *participăm* la panorama din aici-și-acum, permițându-ne ca în mod deliberat să preluăm experiența noastră imediată cât mai mult posibil, pentru a o înțelege cât mai direct posibil (Bobrow, 1997). Acest lucru necesită acceptare, renunțare (Ghent, 1990) sau, câteodată, ceva care se numește credință (Eigen, 1981/1999) — în special atunci când experiența la care participăm este una stresantă. Dar dacă alegem să ne întoarcem către ea și nu să-i rezistăm, putem deveni conștienți de parada de gânduri, sentimente și senzații corporale care în mod continuu dau și redau formă experienței de la un moment la altul.

Alegerea deliberată a modului în care alegem să ne îndreptăm atenția este cheia unei atitudini meditative — și posibilitatea unei alegeri conștiente depinde aici, în primul rând, de *localizarea* inițială a atenției. După ce am făcut acest lucru, putem participa la experiență într-un mod care întărește sentimentul de distincție dintre conștientizare și obiectele conștientizării. Pe parcursul acestui proces, de asemenea, ne întărim și identificarea cu *conștientizarea conștientizării*, care poate funcționa ca o bază de siguranță internă. Pe măsură ce atenția meditativă dezvăluie natura

caleidoscopică, în permanentă schimbare a experienței (*impermanență* în termeni budiști), de obicei face o astfel de experiență mai puțin solidă — mai puțin monolitică și mai elastică — și ne permite să trecem prin ea mai ușor, facilitând astfel procesul de schimbare.

În același timp, o atitudine meditativă ne poate face să simțim că experiența despre noi și ceilalți este *mai* solidă — mai viguroasă, mai accesibilă și mai „reală". O astfel de transformare apare atunci când trecutul și viitorul sunt îndepărtate din trăirea momentului prezent. Aici-și-acum poate să pară brusc încărcat cu o anumită veșnicie eliberatoare, și nu cu o permanență sufocantă.

În această atmosferă există o senzație paradoxală atât de „ușurare de a fi", cât și de urgență de a răspunde experienței într-un mod mai plin de compasiune, mai ancorat și mai centrat pe prezent. Acest sens dublu, vitalizant, de libertate și urgență, poate întrerupe transa neajutorării care apare în anumite momente, pe măsură ce lumea noastră internă interacționează cu realitatea externă. Meditația facilitează un fel de conștientizare care ne permite să observăm și să ne dezidentificăm de răspunsurile noastre anterioare automate și inconștiente la experiență. În acest mod, pentru pacienți și pentru terapeuți, o atitudine meditativă — ca și una de mentalizare — poate fi o resursă importantă pentru desprindere și schimbare.

Mentalizarea este, bineînțeles, produsul practicii psihoterapeutice. Să răspundem comportamentului din punctul de vedere al stărilor mentale subiacente — dând sens experienței în termenii sentimentelor, credințelor și dorințelor care îi dau semnificația — este ceea ce facem noi în fiecare zi cu pacienții. Meditația, de o valoare incontestabilă, ne poate ajuta, de asemenea, să mentalizăm mai bine, făcându-ne capabili pe noi ca terapeuți să fim mult mai prezenți și mai calmi. Această calitate de „prezență deschisă" (Epstein, 1995) facilitează o mai mare receptivitate la ceea ce este cel mai ascuns emoțional, atât în pacienții noștri, cât și în noi înșine. Mai degrabă printr-o lărgire a câmpului atenției, și nu printr-o îngustare a sa, atitudinea meditativă face posibil un tip de cunoaștere directă care este integratoare și pare la fel de mult produsul corpului, ca și al minții. Această cunoaștere integrată ne poate ajuta să-i ajutăm pe pacienții noștri atât să se gândească la sentimentele lor, cât și să trăiască sentimentele evocate de gândurile lor. Astfel atitudinea meditativă — crescându-ne capacitatea de mentalizare — ne poate ajuta să le întărim pacienților noștri capacitatea de mentalizare.

Dezvoltarea mentalizării și a meditației într-un context relațional

Așa cum sugera Bowlby, relațiile de atașament reprezintă un context cu o influență atât de mare asupra dezvoltării pentru că sunt trăite ca fiind atât de necesare. Așa cum Ainsworth a clarificat, calitatea comunicării în dialogul dezvoltațional (inițial nonverbal) — incluzivitatea sa, flexibilitatea și eficiența în reglarea afectelor — determină potențialul de a conferi siguranță sau nesiguranță. Și așa cum Main a demonstrat, dialogurile noastre interpersonale timpurii sunt internalizate ca modele de lucru și reguli pentru derularea atenției care modelează, printre altele, atitudinea noastră față de experiență.

În psihoterapie, ca și în dezvoltarea copilului, atitudinea față de experiență, în special experiența care are o încărcătură emoțională, este modelată — și poate fi remodelată — în matricea relațiilor de atașament. Terapeutul (sau părintele) capabil de a se desprinde din experiență poate crea o relație în care pacientul (sau copilul) poate învăța să fie la fel de capabil să facă același lucru. Atât pentru pacient, cât și pentru copil, cheia dezvoltării atât a siguranței, cât și a mentalizării este experiența unei relații în care figura de atașament are în mintea ei mintea ta (Fonagy și colab., 2002). O astfel de experiență în psihoterapie depinde de atitudinea de mentalizare a terapeutului acordat empatic, care — ca și părintele responsiv senzitiv — are atât o dimensiune implicită, cât și una explicită.

Mentalizarea implicită se referă la citirea intuitivă permanentă a indiciilor afective nonverbale — o specializare a creierului drept care ne permite să răspundem comportamentului din punctul de vedere al semnificației lui psihologice. Mentalizăm implicit, de obicei, în afara domeniului conștiinței, atunci când în mod reflexiv „oglindim" starea emoțională a pacientului, cu o expresie facială corespunzătoare sau cu o schimbare a tonului vocii. Astfel de interpretări și răspunsuri automate la comportament — adică empatice — sunt vitale pentru facilitarea unei relații în care pacientul să se simtă înțeles și simțit.

Mentalizarea explicită este un proces contrastant, *conștient*, care înrolează resursele lingvistice ale „creierului stâng interpret" (Gazzaniga, Eliassen,

Nisenson, Wessuger & Baynes, 1996) de a reflecta în mod deliberat la semnificația comportamentului și a subînțelesurilor lui psihologice, adesea făcând implicitul explicit (ca atunci când terapeutul comentează despre resentimentele renegate dezvăluite de tonul furios al vocii pacientului). Mentalizăm explicit și îl invităm și pe pacient să facă același lucru de fiecare dată când transpunem în cuvinte eforturile noastre de a înțelege experiența pacientului sau propria noastră experiență dată de interacțiunea terapeutică.

În mod specific, mentalizarea terapeutului, implicită sau explicită, în contextul unei relații de atașament din ce în ce mai securizante este cea care întărește capacitatea pacientului de a adopta o poziție de mentalizare. În mod similar, terapeutul care este capabil de meditație poate folosi relația pentru a-l ajuta pe pacient să-și faciliteze propria capacitate de a fi meditativ.

Așa cum s-a sugerat mai sus, meditația poate fi „înșelătoare". În prezența altcuiva care este calm și care acceptă, este mai ușor să găsim calmul și o minimă autoacceptare în noi înșine. Atunci când noi, ca terapeuți, putem să fim meditativi, adesea ne întâlnim cu pacientul pe un teren comun. Toate acestea se pot întâmpla în mod implicit. De asemenea, în mod *explicit* putem atrage meditația pacientului — atunci când, de exemplu, îi sugerăm să rămână în experiența din momentul prezent sau când punem întrebări la care nu poate să răspundă decât dacă se concentrează asupra experienței în aici-și-acum. De fiecare dată când nu ne îndreptăm atenția nici asupra a ceea ce *s-a întâmplat*, nici asupra a ceea ce *urmează să se întâmple*, ci spre ceea ce *se întâmplă*, creăm pentru pacienții noștri oportunitatea de a fi într-o stare meditativă. De fiecare dată când reușesc să „cuprindă" momentul prezent, fiind conștienți de acest lucru și acceptându-l, își întăresc capacitatea meditativă.

Spirala dublă: o ilustrare clinică

Învățați-ne să ne pese și să nu ne pese,
Învățați-ne să stăm nemișcați.
— T.S. Eliot (1930/1991a)

Relația dintre atitudinea de mentalizare și cea meditativă în psihoterapie poate fi asemănată cu o spirală dublă: o pereche de spirale parțial suprapuse care se unesc și apoi se despart, din nou și din nou. Mentalizarea și meditația sunt două modalități de cunoaștere și de răspuns la experiență, diferite, dar complementare și întrepătrunse — și fiecare o potențează pe cealaltă: „Insight-ul induce calm și calmul induce insight" (Cooper, 1999, p. 74). Atât o atitudine de mentalizare, cât și una meditativă pot crește capacitatea terapeutului de a ajuta pacientul să-și regleze afectele mai eficient, să simtă că poate iniția acțiuni și să integreze experiențele anterior disociate. Ambele pot crește conștientizarea și libertatea internă, permițându-ne — și nouă, ca terapeuți, și pacienților — să recunoaștem modalitățile prin care mintea mediază modul în care trăim lumea.

Ideea este, desigur, de a diminua suferința și de a fi capabili să-i ajutăm pe pacienții noștri să se simtă mai plini de viață — mai conectați la ei înșiși și la ceilalți. Suferința în care pacienții noștri sunt prinși ia multiple forme și are multe cauze. Majoritatea lor provin din încercarea de a evita suferința. Strategiile de dezactivare și hiperactivare asociate cu un atașament nesecurizant, precum și disocierea și „trecerea la act", asociate cu traumele nerezolvate, pot fi văzute ca măsuri de apărare automate, menite să reducă atât suferința din prezent, cât și probabilitatea de a suferi în viitor. Mentalizarea și meditația terapeutului reprezintă modalități de a fi împreună cu suferința pacientului — și modalități de a evita suferința — care pot face loc pentru ambele sau le pot diminua.

Dar terapeuții, ca și pacienții, sunt vulnerabili la durerea emoțională și pasibili, câteodată, de a fi prinși în propriile lor apărări împotriva unei astfel de dureri. Rezultatul este că noi, ca terapeuți, alunecăm în mod regulat în interiorul și apoi în afara unor perioade în care suntem pur și simplu prinși — ca și pacienții noștri — în modele autoprotectoare de a gândi, de a simți sau de a relaționa, care vin ca de la sine.

„Mulțumesc pentru încă un an"

Aceste cuvinte au încheiat o felicitare de Crăciun pe care mi-a trimis-o Ellen, o pacientă obsedată de suicid a cărei terapie am început să o prezint în capitolul 15. Acolo (pp. 363–368) am prezentat două ședințe cu Ellen: prima marcată de o trecere la act ca experiență emoțională corectivă, a doua, de o interpretare care s-a cristalizat în jurul imaginii în care eu o luam pe Ellen de mână și o scoteam din sanctuarul său sigur, dar complet

ılat, într-o lume nouă a relațiilor. Aceste ședințe au pus în mișcare o sec-
nță de ore, al căror rezumat este menit să clarifice relațiile complexe din-
ı trecerile la act — scufundarea comună în experiență a pacientului și a
apeutului — și mentalizarea și meditarea care ne pot ajuta să ne slăbim
ı această strânsoare a trecerilor la act.

Miza de viață sau moarte a relației mele lungi cu Ellen, sentimentul pro-
sului lent, dar sigur și „suprapunerea" parțială a experiențelor noastre
au combinat pentru a genera o puternică legătură între noi. După mai
ulți ani, ea se simte profund, dacă nu chiar *complet* în siguranță atașată
mine, în timp ce afecțiunea mea pentru ea este acum considerabilă și
plicarea mea de neclintit. Acestea au urmat unui asediu prelungit — im-
când amenințări și gesturi de suicid, telefoane în toiul nopții, poliție, me-
d, spitalizări — și apoi unei relative stări de calm după furtună.

Problema cu care ne-am luptat, practic de la începutul tratamentului,
te dependența. Cine va avea grijă de cine? Aceasta este întrebarea.
len s-a simțit constrânsă de-a lungul vieții sale să aibă grijă de alții. De
arte devreme în viață, acesta a fost rolul atribuit de părinții săi, care i-au
rut să aibă grijă de frații săi mai mici, precum și de ei, în perioada în
re ei ar fi trebuit să aibă grijă de ea. Ca adult, a avea pe alții care să de-
ndă de ea a fost o constantă în descrierea rolului ei emoțional. În tera-
, luptând împotriva nevoii ei de a depinde de mine, era ca o femeie
re se îneca, dar se opunea salvării.

Totuși și-a dorit inconștient să fie salvată — la fel cum și eu se pare că
-am dorit în mod inconștient să fiu capabil să o salvez. Imaginea mea
cavaler în armură strălucitoare mi-a permis să întrezăresc pentru pri-
oară nevoia mea de a o „salva", precum și speranța sa de a fi astfel
vată. În ședința pe care am descris-o în capitolul 15 ca fiind un punct
cotitură în terapie am împărtășit această imagine cu ea și presupune-
cu privire la semnificația ei.

După câteva ședințe, Ellen s-a plâns într-un mod familiar și mai degra-
furios că și-a permis să devină mult prea dependentă de mine. A folo-
mult prea puțin sugestia mea că supărarea sa a urmat în mod direct
cuției despre dorința mea de a o salva miraculos — și despre dorința
de a fi miraculos salvată. Părea să nu aibă un spațiu mental în care să
n considerare semnificația supărării sale. Părea, în schimb, să fie complet
nsă în lumea claustrofobică a echivalenței psihice în care sentimentele

sunt fapte care trebuie puse în act, și nu stări mentale care să fie simțite și apoi înțelese. Singura soluție pe care putea să și-o imagineze era să mă vadă mai puțin frecvent: o dată pe săptămână, și nu de două ori.

Mă simțeam ușor frustrat de faptul că nu voia — sau nu putea — să se gândească cu mine la ceea ce simte. Totuși, sugerându-i că dificultățile sale își aveau originea în speranțele pe care le-am atins în acea ședință perturbatoare, mi-a folosit. Când am propus (fără să folosesc cuvântul) că „mentalizarea" sa era blocată parțial de „speranța sa asiduă" de a primi de la mine ceea ce i-a lipsit când era copil (Stark, 2000), aceasta m-a ajutat să-mi aprofundez empatia pentru plângerea sa și a îndepărtat urgența nevoii mele de a o salva. Ceea ce urma totuși să înțeleg mai profund erau rădăcinile acestei nevoi în propriul meu psihic.

„Nimeni la volan"

În prima ședință din cele patru pe care le voi schița, Ellen a spus că știe că *eu* simt că ceva important s-a întâmplat în terapie, dar că *ea* nu este atât de sigură. M-a rugat să-i explic încă o dată ceea ce cred.

> I-am răspuns:
> — Sunt sigur că-ți aduci aminte acea ședință în care ți-am spus despre imaginea mea ca fiind cineva care te „salvează", luându-te de mână și conducându-te într-o lume mai bună. Cred că speranța ta pentru așa ceva te face să-ți fie greu să vrei să lucrezi cu mine pentru a înțelege ce te frământă. În schimb, cred că există speranța că ai putea fi cumva salvată doar fiind aici cu mine și trăind aici ceea ce nu ai putut trăi cu părinții tăi — toată dragostea și grija de care ai avut nevoie pentru a crește simțindu-te în siguranță și puternică.
> Atunci când a spus că știe că am această idee, dar nu știe dacă este adevărată, am insistat.
> — De mai multe ori, am vorbit despre cât de reticentă ești în a rămâne lângă sentimentele tale și a încerca să le cunoști, să le transpui în cuvinte pentru a putea cel puțin să încerci să le înțelegi.
> Nu a avut nicio problemă să discute despre această idee.
> — Nu sunt doar reticentă — am o mare aversiune față de a fi atentă la ceea ce simt.

O pauză lungă.

— Deși această parte din ceea ce spui pare adevărată. O altă pauză.

— Pare doar foarte provocator. Liniște.

— Și cum este să te simți provocată?

— Mă face să fiu nervoasă. Este ca și cum aș putea să fac un lucru, dar nu îl fac. Dar de ce să mă mai deranjez dacă nu cred că ar conta, de fapt? Este mult prea târziu pentru mine. Nu mai este niciun motiv să sper. Nu mai simt că aș avea un viitor. Pare ca și cum ar fi atât de mult de lucru încât singurul motiv ar fi dacă aș vedea un viitor înaintea mea. Dar nu văd.

Auzind aceste cuvinte și eu am avut un sentiment de lipsă de speranță, ca și cum orice aș spune ar fi insuficient pentru a putea ajunge la ea. Recunoscând încă o dată cât de dificil sau poate imposibil este pentru Ellen să-și mobilizeze propriile resurse pentru a se ajuta, am simțit că mă scufund — până când, din senin, mi-a venit în minte o imagine cu Ellen, stând la volanul unei mașini.

O imagine sau o metaforă ca aceasta este adesea forma pe care o ia entalizarea terapeutului. Câteodată, o astfel de imagine devine o parte tală a conversației terapeutice, având potențialul să contribuie la întări a propriei capacități de mentalizare a pacientului. Cum se întâmplă acest cru? Imaginile și metaforele — la fel ca mentalizarea — implică simbo rl. Adică ele reprezintă altceva, dar în același timp reprezintă un anu lt aspect semnificativ (sperăm) al realității emoționale, și putem, de ase enea, să ne jucăm cu ele. Atunci când lucrăm în terapie cu astfel de mboluri, inițial nonverbale, „ne jucăm cu realitatea" (Fonagy & Target, 96) — o descriere destul de bună a ceea ce facem când mentalizăm. Am cis să împărtășesc imaginea mea cu Ellen.

— Chiar acum când ai spus că nu poți să vezi înaintea ta un viitor, mi-a venit în minte o imagine a ta stând la volanul unei mașini, iar mașina nu se mișca. Stai pe locul șoferului, dar ești reticentă sau poate nu poți, pur și simplu, să apuci volanul. Folosind cuvintele tale, este ca și când ai o „mare aversiune" față de a te uita prin parbrizul mașinii pentru a vedea ce poate fi înaintea ta sau în oglinda

retrovizoare pentru a vedea ce este în spatele tău. Fără a fi capabilă să te uiți înainte sau înapoi, este normal să ți se pară foarte periculos să șofezi. De fapt, probabil că o să vrei să preia volanul altcineva, pentru a putea ajunge undeva în siguranță.

— Nu vreau să conduc, ai dreptate... Vreau ca altcineva să mă ducă acolo.

A spus asta pe un ton diferit și cu o privire care părea să exprime, cu supărare, dreptul său de a avea pe cineva care să șofeze pentru ea și rușinea de a da voce unei astfel de dorințe.

Sesizând sentimentele ei contradictorii și dureroase, i-am spus:

— Știu. Bineînțeles că vrei acest lucru. Cred că simți atât că meriți acest lucru, cât și că este ceva umilitor și rușinos să-ți dorești așa ceva.

— Mi-e prea frică să privesc înainte. Este atât de pustiu. Și este mult prea copleșitor să privesc înapoi. Nu am mai făcut acest lucru de mult. Apoi în lacrimi:

— Lucrurile ar ieși prea mult de sub control. Am condus întotdeauna, înainte să mă prăbușesc. Eram întotdeauna în control. Dar de atunci am fost într-un fel de așteptare și am sperat să vină altcineva să preia controlul.

În mod evident se luptă cu sentimentele ei.

Am spus:

— Nu vreau să preiau eu controlul. Dar aș vrea să stau lângă tine în mașină, ca și cum ai începe să conduci din nou și eu aș fi acolo ca să te ajut să îți menții privirea la drum și să privești în oglinda retrovizoare.

— Dar dacă mă uit, dacă sunt atentă la ceea ce simt și gândesc, ar fi prea mult. Știu asta.

— Cred că îți este frică că nu vei putea apăsa frâna.

Am vorbit ceva timp despre unele metode prin care ar putea să apese frâna: vizualizarea unui loc sigur, observarea respirației, meditație, așa cum facem la începutul fiecărei ședințe. Când ședința era aproape de final, mi-a spus că întotdeauna a avut vise despre mașini. Când era copil, a visat că era pe bancheta din spate a mașinii și era îngrozită pentru că nu era nimeni la volan. Acum, ca adult, visează că este în mașină singură, dar nu poate să ajungă pe scaunul șoferului.

După câteva ședințe, în timp ce meditam, mi-a trecut prin minte un ud — care s-a dovedit semnificativ ulterior: *Trebuie să conduc cât mai puțin, ca Ellen să poată să trăiască sentimentul de a putea acționa.* Tac și acest ru este, într-un fel, excepțional. Ellen vorbește prima. Când spune că simte obosită, o întreb cum resimte acum faptul că este obosită aici.

Încet și rar, spune:

— Este ceva mixt... Mă simt în siguranță și confortabil. Îmi place să fiu capabilă doar să fiu aici... Dar, de asemenea, simt că aș vrea să ajung undeva astăzi.

Auzind ceea ce ar putea fi niște vagi mișcări ale capacității de inițiativă, tac. Atenția mea este concentrată pe respirația și interiorul corpului meu, precum și asupra cuvintelor ei. Sunt conștient de mișcările stomacului meu în sus și în jos, odată cu inspirația și expirația. Am sentimentul că o înțeleg visceral și că îi fac loc.

Făcând pauză între idei, a spus:

— Sunt obosită pentru că gândurile mele o iau razna... Mintea mea parcă zboară de la un lucru la altul... În mod constant îmi distrag atenția cu alte gânduri, ca să nu mă gândesc mereu la ceea ce se întâmplă în interiorul meu.

— Înțeleg. Știu senzația de fugă din propria mea minte, atunci când sunt supărat. Ca și când aș căuta un loc sigur sau o înțelegere, o concluzie sau un cadru.

— Dar tu poți să te uiți la gândurile tale. Eu doar fug de ale mele... întotdeauna întorc spatele experienței.

Ar fi bine dacă ai reuși să te întorci spre acea experiență, mă gândeam în mintea mea. Apoi mi-am îndreptat atenția din nou spre interior, către propria mea experiență a corpului care respiră. Nu încerc să-mi dau seama de nimic încă. Doar mă simt calm și deschis.

După o pauză foarte lungă, Ellen a spus:

— Mă simt ca și când aș sta la o răscruce de drumuri... Dar nu pot să definesc foarte bine acest lucru.

Am spart apoi o altă tăcere lungă, spunând:

— Pari să te lupți cu luarea unei decizii sau cu alegerea unei direcții.

— David, mă zbat cu renunțarea la ideea de a mă sinucide.

Am oftat profund și sonor.

— Și este atât de greu... Este atât de greu să renunț, pentru că a fost singurul meu element de siguranță sau pe care m-am putut baza... Singurul lucru pe care l-am vrut a fost să mă simt în siguranță și nu pot să mă simt în siguranță nicăieri în viață... Dar este pur și simplu din ce în ce mai greu să cred că copiii mei, copiii mei care vor crește, vor fi vreodată împăcați cu suicidul meu.

Empatia sa profundă de aici pare să fie un indicator al mentalizării și al descufundării din lumea sa „de a pretinde că", în care își imaginează cum copiii ei — adaptându-se ușor la nevoia ei de consolarea uitării — „vor fi mai bine fără mine".

— Spune-mi dacă este corect. Am impresia că te pui din ce în ce mai mult în locul lor. Îți imaginezi cum i-ar face să se simtă suicidul tău. Și când faci acest lucru este imposibil să-ți susții convingerea că nu ar avea asupra lor un impact enorm și extrem de distructiv.

— Așa este. Și mă gândesc și la tine. Dar nu știu ce să fac cu ceea ce simt. Pot folosi ceea ce am învățat aici pentru a-mi spune mie însămi că va trece atunci când intru în panică. Dar este ca și cum îmi lipsește ceva, o anumită parte din creier sau o anumită capacitate de a mă gândi la experiența mea, un fel de insight.

— Nu cred că îți lipsește capacitatea. Cred că îți lipsește exercițiul ei. Și este greu să vrei să exersezi atunci când ești îngrozită că îndreptarea atenției spre sentimentele tale, pur și simplu, te va face să te simți copleșită.

— Dar au fost totuși și momente când am fost mai puțin copleșită când am plecat de aici, după ce am vorbit despre sentimentele mele.

Ceea ce a rezultat din această ședință care se termină aici este o anumită claritate a faptului că răscrucea de drumuri în care se află Ellen reprezintă posibilitatea perturbatoare nu numai de a renunța la „siguranța" suicidului, ci și de a alege să trăiască. Această alegere ridică posibilitatea de a ajunge cumva pe locul șoferului și de a invoca cumva curajul și inițiativa de a privi către experiența sa, și nu de a se întoarce cu spatele la ea.

La începutul acestei ședințe, Ellen mi-a spus că se simte foarte anxioa-
ă în legătură cu o excursie de Crăciun la sora sa aflată în alt stat. De ce
nume este anxioasă? Simte că trebuie să fie puternică și perfectă; trebuie
ă fie capabilă să aibă grijă de sora ei. Destul de speriată de faptul că sora
a ar putea să creadă că este incapabilă să se ridice la nivelul acestei ima-
ini, Ellen pare incapabilă sau nu dorește să se gândească la sentimente-
e sau ideile ei: pur și simplu acestea sunt ceea ce sunt.

Mă simt frustrat să fiu din nou în această lume concretă. Nu poate să
adă că aici este ceva la care să se gândească? De ce doar eu trebuie să fiu
esponsabil cu acordarea ajutorului de care are nevoie pentru a ieși din
ceastă suferință autocreată? Crezând că pot conține aceste răspunsuri de-
itante — sau probabil că aș putea să le ascund —, am reușit să o atrag
tr-o discuție din care a reieșit că sora ei nu are deloc nevoie de o persoa-
ă puternică pe care să se sprijine, spre deosebire de Ellen, care are nevo-
. Apoi, observând că are tendința de a se retrage în interior, am între-
at-o cum îi este să vorbească cu mine despre convingerea că trebuie să
ibă grijă de sora ei.

— Mă simt ca și cum mă cerți sau râzi de mine, a răspuns ea.
Am oftat, știind desigur că are dreptate. Făcând eforturi să repar
ruptura care s-a produs, am spus:
— Sunt sigur că te referi la ceva real. Cred că devin câteodată ne-
răbdător sau frustrat. Tu doar ai niște sentimente, dar eu am propria
mea nevoie ca tu să faci mai mult cu ele. Este natural să te simți ca
fiind ținta acestei nevoi. Dar trebuie să spun că ultimul lucru pe care
mi-l doresc este ca tu să simți că eforturile mele de a te ajuta ajung
de fapt să te rănească.
Cu lacrimi în ochi a spus:
— Nu cred că vrei să mă rănești. Dar nu cred că înțelegi. Încerc să
nu țin cont de ceea ce simt, dar pur și simplu nu merge. Am în con-
tinuare sentimente.
— Bineînțeles. De ce nu ar fi așa? Crezi că eu ți-am sugerat să nu
mai ții cont de ceea ce simți? Eu mă refer la altceva. Mă refer la
faptul de a nu mai fi atât de dispusă să consideri ceea ce simți ca

fiind ultimul cuvânt pe acea temă. Mă refer să te gândești la ceea
ce simți.
Cu lacrimi în ochi a protestat:
— David, nu vreau să mă gândesc. Nu vreau să-mi asum responsa-
bilități. Vreau să se gândească altcineva. Vreau ca altcineva să-și asu-
me responsabilitatea. Am avut atât de multă responsabilitate când
eram copil, că pur și simplu acum nu mai vreau.

În acel moment am simțit empatie pentru durerea sa evidentă, dar, în
același timp, aceeași frustrare care a deranjat-o cu câteva minute mai de-
vreme. Deși încă mă luptam cu sentimentele mele dificile, mi-am dat sea-
ma că profunzimea dorinței sale ca să aibă cineva grijă de ea trebuie lua-
tă în seamă și *resimțită* de mine, pentru ca apoi ea să fie capabilă să ia în
considerare și alte perspective asupra acestei dorințe. Pentru a deschide
un spațiu pentru mentalizare, Ellen are nevoie mai întâi să simtă că eu re-
cunosc „realitatea" disperării sale, dorința neîmplinită de a avea acum
ceea ce merita înainte, dar nu a primit.

— Nu a fost corect că a trebuit să fii un părinte când încă erai un co-
pil. Pentru mine, dorința ta ca altcineva să-și asume responsabilita-
tea, să aibă grijă de tine în felul în care părinții tăi nu au putut sau
nu au făcut acest lucru — această dorință este perfect de înțeles și
legitimă.
Acum am simțit atât o urmă de ușurare, cât și una de ușor protest
în răspunsul său:
— Nu am deloc încredere în ideea de a-mi asuma responsabilitatea.
Pur și simplu nu pot. Vreau ca altcineva să preia volanul, altcineva
să aibă grijă de mine și să gândească pentru mine, dar știu că acest
lucru n-o să se întâmple niciodată, oricât de mult mi-aș dori eu…
nimeni nu va fi de fapt acolo să facă acest lucru… îmi dau seama că
sunt singură, că trebuie să fac acest lucru pentru mine… Dar pur și
simplu nu vreau.
— Din nou, dorința ta — faptul că te agăți de ea — este perfect de
înțeles. Are un sens emoțional. Și evident vreau să am grijă de tine
și cred că și tu simți că am grijă de tine, în mare parte din timp. Dar
cred că plătești un preț atunci când gândesc prea mult pentru tine

aici, pentru că vei ajunge să te simți mai puțin sigură pe tine, mai puțin în control și cu mai puțină încredere în tine.

— Nu am deloc încredere că pot să gândesc în felul în care crezi tu că pot. Pur și simplu, nu pot.

Dacă ar fi spus acest lucru cu ani în urmă, cu luni în urmă sau chiar cu săptămâni în urmă, aș fi fost chiar mai puțin sigur decât acum în legătură cu utilitatea răspunsului care urmează:

— Mă întreb dacă poți să îți aduci aminte împreună cu mine că am mai avut conversații ca aceasta, înainte. Conversații în care îmi spui că nu poți să gândești. Dar apoi vii mai târziu, la următoarea ședință sau la telefon, cu o grămadă de gânduri. Și în mod evident te gândești atunci când scrii în jurnal. Deci, câteodată în cel mai rău caz, este mai puțin o problemă de a fi incapabilă să iei în considerare experiența, gândindu-te la ea, și mai mult o problemă de a nu vrea să faci acest lucru — probabil în special când suntem aici, împreună.

— Dar poate nu este nimic de luat în considerare, a spus ea.

Apoi pe un ton mai degrabă plângăcios:

— Poate sunt doar o persoană foarte simplă. Nu sunt foarte complexă, așa cum sunt probabil alți pacienți. Deja știi tot ceea ce este de știut despre mine. Nu mai este nimic altceva de știut. Deci nu mai este nimic la care să mă gândesc.

Mă simt din nou frustrat aici, dar sunt implicat, mentalizez și sper să pot să o implic și pe Ellen în propriul său proces de mentalizare. Îi spun:

— De fapt, cred că sunt multe aici la care să ne gândim. Te străduiești să înțelegi dacă ar trebui să continui să aștepți pe cineva care să aibă grijă de tine sau să începi să încerci — cu ajutorul meu — să faci tot ceea ce poți pentru tine. Nu este asta o altă versiune a răscrucii de drumuri în care te afli? Dacă nu ai de gând să te sinucizi, atunci ce ai de gând cu viața ta?

După încă câteva minute, ședința s-a terminat, într-o notă care părea, în cel mai bun caz, nesigură. Am ajuns să mă simt neliniștit și ușor descurajat, realizând încă o dată că am muncit prea mult pentru a-mi susține punctul de vedere. Pare ca și cum ar fi un pas înapoi.

Apoi, în dimineața de dinaintea următoarei ședințe, scriu următoarea notă pentru mine însumi, pe fondul unei reflecții — mentalizare — asupra trecutului meu:

> Ce pânză încurcată am țesut. Am nevoie ca Ellen să fie bine pentru ca eu să scap din plasă, în timp ce Ellen are nevoie să-și accentueze neajutorarea pentru a mă face pe mine să mă simt neajutorat și pentru ca ea să scape din plasă. În același timp, ea se așteaptă ca eu să o fac bine, ceea ce „agață" vulnerabilitatea mea de a mă simți complet responsabil. Și apoi mă înfurii, pentru că nu îmi permite să o fac bine. Ideea este că aici este o trecere la act, iar rolul meu problematic la aceasta ar fi „diluat" dacă aș fi mai meditativ și dacă m-aș lăsa mai puțin condus de nevoia mea de a o face bine. Ar fi mai util dacă mi-aș stabili scopuri mai modeste și dacă aș permite lucrurilor să fie așa cum sunt. Acest lucru ar putea însemna să o las să aibă sentimentele pe care le are, în timp ce îi comunic capacitatea mea de a face față (și implicit încrederea mea în capacitatea ei de a face față) oricărei experiențe pe care ar putea-o avea. Nu fi atât de prins de problemele ei și nu o prinde atât de mult pe ea cu ale tale.

„O altfel de tristețe"

Am început ultima din cele patru ședințe pe care le-am rezumat aici având ceea ce s-ar numi o altă înțelegere, mai profundă, a participării mele la trecerea la act cocreată. M-am simțit mai puțin scufundat în experiență și mai liber față de compulsia mea, în mare parte inconștientă, de a repeta cu Ellen aspecte ale relației mele cu mama. Având o stare mentală mai largă, mai flexibilă, mi-a fost mai ușor să fiu prezent și să accept — adică să fiu meditativ —, și nu să fiu prins de nevoia mea de a face ceva să se întâmple sau de a o schimba.

> După ce am deschis ochii după meditație și am văzut că ai ei erau umezi, am întrebat-o ce simte. Aproape în șoaptă, a spus: „Mă simt tristă... mă simt anxioasă...". S-a întors pe canapea, lăsându-mă cu impresia că încearcă să scape de ea însăși. Apoi și-a scuturat ușor capul ca și cum ar fi spus „nu" la ceea ce simțea.

— Poți să menții sentimentele acelea încă puțin?
— Mi-a fost atât de greu în ultimele zile, este ca și cum nu pot să rămân lângă ele.
— Dar atunci când reușești, îți dai seama de ce ești tristă? Sau ce te face să fii anxioasă?
— Știu că sunt speriată de călătoria la sora mea, care se află acolo unde este înmormântată mama mea... întotdeauna îmi fac griji înainte de călătorii, nu-mi place să călătoresc, în special când sunt singură...
— Presupun că o parte a contextului în care îți este frică ține și de faptul că nu ne vom mai vedea pentru o vreme.
— Știu.
Apoi uitându-se direct la mine a spus pe o voce calmă și fermă:
— Depind atât de mult de tine. Mi-am tot spus că sunt doar trei ședințe... dar pare atât de mult, a adăugat după o pauză. Știu că pot să sun dacă am nevoie... dar chiar și așa...
Sunt calm, luând cu mine în tăcere prezența ei, fără să simt bine cunoscuta presiune internă de a-i răspunde repede. Rămânând conectat la ea, în același timp îmi îndrept atenția către respirația și corpul meu. Am senzația, deloc neobișnuită, că o „cunosc" prin intermediul corpului meu: „instinctul" îmi spune că pe măsură ce eu renunț la conducere, ea preia această funcție.
— Sentimentul de tristețe... este ca și cum ar fi despre trecut.
Urmează o pauză lungă, ca și când abia acum ar auzi cuvintele sale și și-ar permite să le recunoască semnificația. Apoi continuă:
— Călătoria la sora mea este ca și cum le-aș aduce din nou înapoi... toate sentimentele mele despre cum au fost lucrurile, sentimentele despre mama și tatăl meu... și cum nu m-au protejat niciodată...
Plânge cu putere, apoi, aproape în șoaptă, spune:
— Vreau să mă protejeze cineva.
— Mmm... Da... Bineînțeles că vrei acest lucru.
În timp ce ea vorbește, văd în minte imagini din trecutul pe care mi l-a descris — imagini ale traumei și neglijării pe care le-a relatat, ca și când aș fi fost într-o stare disociată sau ca și când ea ar fi văzut imagini despre sine care ar fi speriat-o dacă le-ar fi privit prea mult

Pe parcursul discuției, fac diverse sunete empatice. De asemenea, dau din cap în semn de înțelegere față de tristețea sa și apoi clatin ușor din cap, împărtășind în liniște furia sa. Și apoi, brusc, îmi dau seama că Ellen își simte propriile sentimente, în loc să le evite sau să fie copleșită de ele. Mai surprinzător este că nu vorbește despre faptul că este deprimată, cum face de obicei, ci despre faptul că se simte tristă.
Cu lacrimi în ochi și cu capul în jos, spune:
— Voi merge la mormântul mamei mele și toată lumea se va aștepta să plâng, dar, de fapt, tot ceea ce aș vrea să fac este să scuip pe mormânt și să o înjur...
Între suspine, spune pe un ton de rugăminte:
— Mi-aș fi dorit de la Dumnezeu să fi putut să mă împac cu ei înainte să moară...
— Pari să încerci să faci acest lucru acum.
Printre lacrimi s-a uitat la mine, ca și când ar fi vrut să vadă pe fața mea dacă ceea ce spun este adevărat. Apoi și-a pus fața între palme și a început să plângă și mai tare.
Când s-a liniștit, am întrebat-o dacă ceea ce simte acum este o tristețe veche obișnuită sau este ceva nou.
— Pare o altfel de tristețe. După o pauză lungă, a continuat:
— Mă simt, de asemenea, speriată... Cred că sora mea o să-mi ceară bani. Nu îmi permit să o ajut... Dar nu pot să nu o ajut.
Am explorat frica sa și compulsia de a avea grijă de alții. Ellen îmi spune că fratele ei i-ar răspunde surorii lui în mod diferit de cum ar face ea:
— Ar spune: „Las-o, să vezi dacă se descurcă singură!" Dar eu pur și simplu nu pot să fac așa... Nu pot.
— Doamne, este atât de pervazivă această întrebare! Îi poți permite surorii tale să își asume mai multă responsabilitate? Pot eu să-ți permit să-ți asumi mai multă responsabilitate? Se pare că amândoi ne luptăm cu această întrebare. Cred că amândoi am crescut în familii în care se aștepta de la noi să avem grijă de sentimentele celorlalți. Și dacă nu făceam acest lucru, plăteam un preț mare.
Apoi îmi povestește visul ei din noaptea precedentă: se află într-un loc public și urmează să se sinucidă cu o bombă. Se află acolo și

un doctor care vorbește cu ea și o face să se răzgândească. Apoi, spre groaza sa, doctorul o lasă cu bomba, în loc să o ia el sau să o conducă spre cineva care să aibă grijă de ea. Odată cu plecarea acestuia, este lăsată să se descurce singură ca bomba să nu explodeze — dacă se întâmplă acest lucru, atât ea, cât și ceilalți oameni vor muri.

Discutând despre acest vis, i-am sugerat că atinge exact ceea ce am discutat până acum. În primul rând, visul pare să exprime teroarea ei că dacă nu va reuși să aibă grijă de fiecare, nu numai că aceștia vor fi pe cont propriu, dar va avea loc o catastrofă violentă.

— Asta s-a întâmplat cu familia mea, a spus ea.

Apoi am adăugat că visul ar putea, de asemenea, să comunice îngrijorarea sa că așteptând prea mult de la ea, o las de fapt pe cont propriu. Este de acord că este îngrijorată de acest lucru — îi răspund, realizând eforturile mele mult prea mari pentru o clarificare liniștitoare.

Apoi, realizând cât de mult am vorbit eu și cât de puțin spațiu i-am lăsat ei, i-am spus:

— Îmi dau seama din ce în ce mai mult — deși știu că ți-am fost de folos — de ce îți stau în cale. Propria mea compulsie de a avea grijă de tine m-a condus să gândesc eu atât de mult încât îți este greu să treci în spatele plugului pentru a ara împreună cu mine. Este foarte greu să lăsăm trecutul în urmă... pentru amândoi, evident... eu, de fiecare dată când a trebuit să am grijă de mama mea, altfel era de rău... iar tu, probabil ceva similar sau mai rău...

După o pauză și observând pe fața ei o expresie greu de interpretat, am spus:

— Mă întreb cum este să mă auzi pe mine vorbind despre propriile mele experiențe din copilărie?

— Este liniștitor. Este ca și cum ai o cale de a mă înțelege pe mine, ținând cont de ceea ce ai pățit tu. Mă face să mă simt mai puțin nebună și mai sigură.

Chiar și în acest moment sunt conștient de cât de greu îmi este să-i dau ei frâiele.

— Mă gândesc la conversația noastră și la cât de profunde sunt aceste vechi modele. Pur și simplu fac asta mereu.

Zâmbind, am adăugat:

— Se pare că abia pot să mă opresc din vorbit. Îmi este greu să mă opresc.

Tot zâmbind a spus:

— Iar pentru mine e greu să încep.

— Adică?

— E greu să încep să-mi asum responsabilitatea pentru propria mea viață. Îmi vine automat să-mi asum responsabilitatea pentru altcineva...

A oftat.

— Cum te simți acum?

— Mă simt mai bine.

— Hmm. Știi de ce?

— Pentru că am vorbit și am plâns.

Părând ușor înlăcrimată, îmi spune cât de greu este pentru ea să plângă: este atât de obișnuită să întoarcă spatele acestor sentimente. Este speriată de faptul că dacă va privi înapoi și va plânge pentru toate felurile în care viața sa ar fi putut fi diferită, se va adânci din nou în vechea sa depresie. Asociază plânsul cu starea sa de depresie și este îngrozită să nu devină din nou depresivă.

— Cred că plânsul tău de acum reprezintă tristețe, nu depresie. Depresia nu este un sentiment. Permițându-ți să te simți tristă, poate fi un mod de a evita să devii din nou depresivă. Atunci când comentează că dacă se uită înapoi, întotdeauna ajunge să se învinovățească pentru orice, îi sugerez că dacă se învinovățește, acest lucru poate fi o altă modalitate prin care ea evită să deplângă pierderea a ceea ce ar fi meritat să aibă când era copil, dar nu a avut.

Ora fiind pe terminate, îmi spune că are sentimente contradictorii în ceea ce privește renunțarea sa la depresie și la ideea de suicid.

— Este ceea ce am făcut... A fost un mod de viață pentru mine... și este înspăimântătoare intensitatea tristeții și furiei pe care le voi simți dacă...

— Știu. Dar de fapt, acum îți permiți să începi să simți aceste sentimente.

Trecerile la act și spirala dublă

Schimbarea terapeutică este un mister. Totuși, ședințe precum cele pe care le-am schițat tind să întărească sentimentul meu că schimbarea la pacient depinde de — și are nevoie în anumite situații să fie precedată de — schimbarea care are loc la terapeut (Slavin & Kriegman, 1998). Uitându-mă înapoi, pare evident că eu și Ellen eram blocați într-o trecere la act în care alcătuirea mea psihică a contribuit probabil la fel de mult ca a ei.

La începutul relației noastre, a fost ca și cum avea nevoie de mine să o salvez de la înec, atât de copleșită a fost de intensitatea în valuri a emoțiilor sale și de circumstanțele externe zdrobitoare (evident) ale vieții sale. Mai târziu, pe parcursul terapiei, pentru că nevoia ei de a fi salvată s-a împletit cu nevoia mea de a o salva, a fost dificil să văd că ceea ce a fost anterior dificultatea majoră a lui Ellen de a „simți și de a face față" (Fosha, 2000) era acum cel puțin la fel de mult o problemă a aversiunii sale profunde.

Mentalizarea și capacitatea mea meditativă mi-au permis gradual să-mi recunosc rolul în trecerea noastră la act și să-mi schimb comportamentul în mod corespunzător. Imaginea spiralei duble se potrivește aici, pentru că atitudinile reflexivă și meditativă se întrepătrund pentru a facilita „desprinderea" terapeutului, care este adesea o condiție preliminară a „desprinderii" pacientului.

Mentalizarea m-a condus către imaginea inițială, în care o conduceam de mână pe Ellen spre o lume nouă, precum și spre a doua imagine, cu Ellen stând în mașină, dar așteptând pe altcineva să ia volanul. Transpunerea acestor imagini în cuvinte m-a ajutat să înțeleg treptat natura scenariului pe care l-am trecut la act împreună: un amalgam personal diferit al propriilor noastre versiuni ale strategiei de îngrijire prin control descrisă de Main (1995), precum și ale speranței neîncetate și ale refuzului de a face doliu descrise de Stark (2000), care au fost identificate ca fiind problemele principale în tratamentul pacienților preocupați (Eagle, 1999; Blatt & Blass, 1996).

Adoptarea deliberată a unei atitudini meditative — concentrarea atenției nu numai asupra pacientei, ci și asupra corpului meu care respira — mi-a permis o anumită eliberare de compulsia de a fi de ajutor, în parte datorită faptului că a făcut posibilă o acceptare a *statu-quo*-ului actual, și

nu o rezistență la schimbare sau o nevoie de schimbare. Cu ajutorul acestei acceptări, cred că am devenit treptat din ce în ce mai capabil de a-i oferi lui Ellen experiența unei figuri de atașament calme, și nu a uneia care intervine anxios. O creștere marcată a capacității sale de a simți și de a se gândi la sentimentele sale — adică de a mentaliza — a urmat acestei schimbări, probabil în contextul relațional și nu întâmplător.

În psihoterapie, mentalizarea și meditația au potențialul de a contribui la acel tip de dialog de dezvoltare care s-a dovedit a facilita atașamentul securizant (Lyons-Ruth, 1999). În mod specific, fiind ambele forme de „cunoaștere" distincte și complementare, ele pot crește incluzivitatea dialogului și pot actualiza dialogul la noi niveluri de conștientizare. Trebuie ținut seama în mod deosebit de faptul că există modalități în care mentalizarea și meditația pot contribui la reglarea afectului, inițiativă și integrare.

Reglarea afectului și spirala dublă

Bucci (2003) a folosit expresia de „scheme emoționale" în locul celei de „modele de lucru" pentru a sublinia modul în care reprezentările interne sunt legate de afecte. Într-adevăr, trebuie să ne reglăm în mod eficient propriile afecte — adică să le recunoaștem, să le tolerăm și să le modulăm — pentru a putea desprinde din emoții schemele pe care le punem în act cu pacienții noștri. Acest lucru ne face mai capabili de a funcționa pentru pacient ca o bază de siguranță, de a genera o relație în care afectele dificile ale pacientului pot fi în mod eficient reglate.

Mentalizarea întărește reglarea afectivă. Cu cât am putut mai mult să recunosc, să denumesc și să înțeleg dorința mea anxioasă de a avea grijă de Ellen, cu atât am putut mai mult să o stăpânesc. Cu cât am putut mai mult să recunosc, să denumesc și să înțeleg dorința lui Ellen ca eu să am grijă de ea și ea să aibă grijă de alții, cu atât ea a fost mai capabilă să facă același lucru. Lucrând cu aceste dorințe anxioase, s-a făcut loc pentru sentimentele mai „profunde" care se aflau dedesubt — furia și, cel mai important, tristețea. Gândind cu voce tare împreună cu Ellen despre elementele care stau la baza comportamentului meu față de ea, s-a modelat o atitudine reflexivă față de experiență, la fel cum s-a întâmplat și cu mentalizarea mea implicită, precum și explicită în legătură cu comportamentul *ei*. Cu

siguranță, aceasta din urmă a ajutat-o să simtă că este înțeleasă și că cineva are grijă de ea. Cred, de asemenea, că i-a permis să înceapă să privească sentimentele ei deranjante ca fiind stări mentale care trebuie înțelese, și nu ca fapte care trebuie puse în act. Astfel, aceste sentimente s-ar putea naște mult mai ușor.

Meditația, de asemenea, ne permite să suportăm mai mult sentimentele deoarece esența atitudinii meditative este reprezentată de o conștientizare cu inima deschisă și cu compasiune a experienței *așa cum este*, inclusiv a experienței dureroase. Astfel, implică exersarea „întoarcerii către" sentimentele și gândurile dificile — atât ale noastre, cât și ale pacienților — cu o atitudine de „acceptare radicală" (Brach, 2003; Linehan, 1993). Acceptarea radicală este pragmatică, pentru că mare parte din suferința noastră ia naștere din eforturile noastre de a evita durerea. Așa cum a spus un pacient, *„durere x rezistența = suferință"* (Siegel, 2005, p. 182). Astfel, „îmblânzirea" sau „ventilarea" experienței dureroase — și nu încercarea de a o evita sau de a o schimba — poate, de fapt, să diminueze suferința. Observați totuși că o capitulare în fața experienței deranjante este total diferită de aprobarea acesteia sau de agățarea de aceasta. Acceptarea înseamnă, de asemenea, „a lăsa lucrurile așa cum sunt". Paradoxul aici este că acceptarea radicală a experienței pe care, în mod reflex, încercăm să o respingem creează un context în care „a lăsa lucrurile așa cum sunt" devine posibil. Mai mult, conștientizarea meditativă a sentimentelor dureroase reprezintă o educație în natura lor tranzitorie. Realizarea din ce în ce mai mare a faptului că aceste sentimente apar și dispar le scade puterea de a intimida. În sfârșit, așa cum am mai menționat, simpla concentrare asupra respirației poate să faciliteze o stare de calm, în special când o astfel de concentrare este asociată cu o stare mentală care a devenit familiară prin intermediul practicării meditației. În parte, acesta a fost și motivul pentru care am încurajat-o pe Ellen să mediteze, atât în cabinetul meu, cât și în afara lui.

Adoptând în mod deliberat o stare meditativă în relația cu ea, am putut să fiu atent cu calm la propria mea anxietate și să nu o trec la act. În acest cadru mental, am reușit să observ sentimentele mele cu interes și acceptare. Stăpânindu-le în acest fel, mi-a permis să îi asigur lui Ellen un spațiu mai mare pentru propria sa experiență emoțională: concentrarea atenției asupra emoțiilor dificil de suportat le-a făcut acestora loc. În același timp, ajutând-o să conțină aceste emoții „apăsând frâna" în diverse moduri, a devenit capabilă să se simtă mai puțin amenințată de ele.

Inițiativa și spirala dublă

Inițiativa personală este ruda dorinței, alegerii, libertății și responsabilității. Inițiativa *face* lucrurile să se întâmple. În psihoterapie, putem facilita dezvoltarea mai multor tipuri de inițiativă. Terapeutul care mentalizează facilitează sentimentul pacientului de a fi agent *mental* al acțiunii — adică cineva care recunoaște că propria sa experiență și cea a altora permit interpretare, că experiența subiectivă nu este doar ceva care „se întâmplă", ci este, în schimb, ceva care poate fi modelat și remodelat de înțelegerea noastră. În mod asemănător, terapeutul meditativ facilitează pacientului sentimentul de a fi agent *atențional* — adică cineva care își stăpânește atenția și concentrarea, fiind astfel capabil să exercite o influență asupra experienței sale.

Fie într-o stare de mentalizare, fie într-una meditativă — dar nu într-una de încorporare — putem alege modurile în care să ne folosim conștientizarea. Ellen, în ședințele pe care le-am descris, a dezvăluit o capacitate din ce în ce mai mare de a-și exercita inițiativa în direcționarea conștientizării. Mi-a spus că pune lucruri, care inițial păreau izolate, unele lângă altele; cu alte cuvinte, alege să *reflecteze* asupra experienței sale, în loc să o considere exact așa cum este. De asemenea, mi-a spus că alege în mod deliberat să-și îndrepte atenția către sentimentele sale, în loc să-și distragă atenția de la ele. Atunci când aceste sentimente devin copleșitoare, a învățat că poate să aleagă să-și distragă atenția de la ele, concentrându-se asupra respirației sau asupra unui loc sigur din imaginația ei. Astfel, exersează situația de a fi agentul mental și atențional.

Ellen a început să descopere că poate *alege* să mentalizeze sau/și să fie meditativă. Ambele tipuri de progrese reprezintă o îndepărtare de la atitudinea ei obișnuită de scufundare în experiență, în care alegerea și intenția jucau doar cele mai minore roluri. Ca agent al acțiunii, s-ar putea simți mai puțin neajutorată totuși nu fără unele riscuri. Pentru Ellen, așa cum am ajuns să înțelegem împreună, a prelua volanul însemna, de asemenea, să-și asume provocarea de a face doliul după copilăria sa pierdută și de a renunța la familiaritatea securizantă a coconului său depresiv.

Ca terapeuți, ne exersăm inițiativa atunci când, în mod conștient, alegem să adoptăm o atitudine de mentalizare sau meditativă față de experiența noastră cu pacientul. Astfel de alegeri conștiente sunt deosebit de importante atunci când observăm că suntem prinși fie într-o stare evitantă, fie într-una anxioasă preocupată. De exemplu, când mi-am dat seama de intervențiile mele compulsive cu Ellen, pentru a mă feri de propria mea anxietate, era important să pot să *reflectez* asupra interacțiunii noastre — sau să pot *fi*, pur și simplu, cu experiența mea, într-un mod meditativ, și nu să o pun în act. Atâta timp cât rămânem prinși în trecerile la act cu pacienții noștri, facem puțin loc pentru accesarea și integrarea sentimentelor disociate sau capacităților nedezvoltate, cum ar fi tristețea lui Ellen sau sentimentul de a avea inițiativă.

Mentalizarea și meditația deliberate ale terapeutului și pacientului reprezintă fațete mutual suportive ale unui singur proces integrator. Totuși, adesea, capacitatea de meditație a terapeutului este cea care pune în mișcare procesul. Intrarea cu succes într-o atitudine meditativă și „aterizarea" în momentul prezent ne permit să „cunoaștem" (să simțim sau să intuim) ce este cel mai important în interacțiunea noastră cu pacientul. Acest tip de cunoaștere împletește conștientizarea cu acceptarea. Prin intermediul unei receptivități holistice, integratoare, axată pe corp, trece dincolo de cuvinte, către centrul emoțional al problemei și, astfel, permite accesul la dimensiuni ale experienței pe care, înainte, nici pacientul, nici terapeutul nu au putut să le verbalizeze. Odată accesate, aceste experiențe implicite și disociate pot fi făcute explicite și pot fi explorate — adică pot fi mentalizate. Succesiunile unor astfel de înțelegeri, meditative și reflexive, reprezintă instrumente în promovarea procesului integrării.

De exemplu, într-o ședință recentă cu un pacient nou — o persoană influentă, nefericită — mi-am dat seama că mă simt foarte distant, fără să-mi dau seama de ce; cu alte cuvinte, aici mentalizarea mea s-a dovedit un drum fără ieșire. Alegând în mod deliberat în acest moment să intru într-o atitudine meditativă, am reușit să fiu prezent într-un mod care părea imposibil puțin mai devreme. Aproape imediat am făcut legătura, atât cu propria mea experiență de a mă simți controlat și intimidat de către pacient, cât și cu ceea ce părea a fi experiența pacientului de vulnerabilitate profundă și constantă. Transpunând toate acestea în cuvinte, am inițiat un proces comun de mentalizare care l-a ajutat pe pacient să recunoască frica și durerea care stăteau în spatele unui temperament pe care l-a admis ca fiind „ușor de aprins". De asemenea, și-a dat seama că niciodată nu a avut un părinte la care să apeleze atunci când era speriat sau supărat. Din necesitate a învățat să aibă singur grijă de el, folosind orice fel de resurse, inclusiv furia pe care a folosit-o pentru a-i intimida pe ceilalți și pentru a-și ține propria vulnerabilitate la distanță.

Tipul de receptivitate „cu gamă largă" pe care meditația o face posibilă poate fi un predecesor esențial pentru mentalizarea deliberată. Se poate spune că o astfel de receptivitate poate face loc „prezentului disociat" — sentimentele și senzațiile corporale pe care pacienții și terapeuții, fără voia lor, le resping. Această experiență în aici-și-acum trebuie accesată înainte de a fi mentalizată în mod explicit — iar atitudinea meditativă a terapeutului este perfectă pentru a facilita un astfel de acces.

Meditarea diminuează gândirea discursivă despre trecut și viitor. Concentrarea conștientizării în atitudinea meditativă nu reprezintă „ideile despre lucruri, ci chiar lucrurile în sine" (Stevens, 1954/1990, p. 534). Acest tip de conștientizare poate deschide canalele de percepție interpersonală, somatică și emoțională și de comunicare care se află dincolo de, sau pot fi câteodată blocate de încercările terapeutului de a înțelege experiența gândindu-se la aceasta. Mai mult, meditarea este în mare parte definită de calitatea acceptării pe care o facilitează. O astfel de acceptare la terapeut — atât autoacceptare, cât și acceptarea pacientului — contribuie și ea la apariția și conștientizarea experienței anterioare implicite sau disociate.

Ca terapeuți, atenția noastră meditativă asupra momentului prezent poate aduce o astfel de experiență mult mai în centru. Mentalizarea poate aduce apoi multiple perspective care să se sprijine pe acea experiență, dându-i un context mai profund care să permită ca semnificația sa să fie mult mai ușor sesizată. Acest context poate lega experiența actuală de trecut și viitor. Poate situa momentul prezent în legătură cu istoria relației terapeutice și cu viața din afara acelei relații. Sau poate lega ceea ce se află acum în fundal de anumite fațete ale psihologiei pacientului de care acesta nu este în momentul actual conștient. Pe scurt, mentalizarea noastră — împreună cu cea a pacientului — poate permite ca experiența pacientului

cu terapeutul să fie integrată treptat într-o narațiune nouă, mai adaptată și mai coerentă. La un nivel explicit, o astfel de narațiune dă un sens experienței pacientului. De asemenea, „antrenează" integrarea sentimentelor, gândurilor și dorințelor disociate care, în mare parte, apar implicit, prin intermediul relației de atașament acordate și incluzive pe care terapeutul, așa cum este de așteptat, o asigură pacientului.

Facilitarea meditării

...și toate sunt întotdeauna Acum
— T.S. Eliot (1943/1991b)

Psihoterapia este un parteneriat intim care asigură, printre altele, cadrul pentru un exercițiu comun de meditare, în care (inițial) terapeutul și (ulterior) pacientul încearcă să fie pe deplin prezenți și conștienți, cu o atitudine de acceptare. Conceperea terapiei în acest mod, ca un fel de meditație în doi, subliniază dezirabilitatea participării la ceea ce se întâmplă cu adevărat în momentul prezent — nu ideile despre experiența care ia naștere din interacțiunea terapeutică, ci experiența în sine. Într-o atitudine meditativă, o astfel de atenție poate oferi o conștientizare eliberatoare a distincției dintre ceea ce se întâmplă *cu* noi și ceea ce se întâmplă *în* noi. Psihologia budistă susține că practicarea acestei „atenții pure" — observarea moment cu moment a experienței noastre și a reacțiilor noastre la experiență — este în sine vindecătoare (Epstein, 1995). Ca terapeuți, există o mulțime de abordări pe care să le folosim pentru a cultiva un astfel de proces de vindecare în pacienții noștri și în noi înșine.

Terapeutul meditativ

Terapeutul care se implică în meditația formală exersează „mușchiul" care face posibilă meditarea nu numai atunci când stă în tăcere, dar și atunci când interacționează cu ceilalți, inclusiv cu pacientul. O astfel de practică ne trezește *conștientizarea conștientizării* și ne face capabili să sesizăm ce înseamnă, de fapt, să fim cu adevărat prezenți. De asemenea, ne întărește capacitatea de a adopta o atitudine față de experiență, care este descrisă de Master Zen Suzuki ca *mintea începătorului* și de Freud ca *atenție flotantă*.

> Dacă mintea ta este goală, este întotdeauna pregătită pentru orice; este deschisă la orice. În mintea începătorului, există multe posibilități; în mintea expertului, sunt puține (Suzuki, 1970, p. 21).

> Tehnica... constă pur și simplu din a nu voi să remarcăm nimic special și din a întâmpina cu aceeași „atenție liber flotantă"... tot ceea ce auzim... Așa cum ne încordăm atenția intenționat până la un anumit prag, tot astfel începem să și alegem între anumite materiale... Tocmai acest lucru nu trebuie să îl facem; dacă în alegeri ne ghidăm după așteptările noastre, suntem în pericolul de a nu găsi niciodată altceva decât ceea ce știm deja; dacă ne urmăm înclinațiile, vom falsifica posibila percepție (Freud, 1912/2004, p. 104).

Acordarea unei atenții flexibile, relativ imparțială, față de tot ceea ce poate fi observat diminuează nu numai tendința de a fi prea mult influențați de prejudecățile noastre, ci și vulnerabilitatea la a ne impune așteptările asupra pacienților. Bion (1967/1981) descrie acest tip de atenție în termenii cei mai surprinzători atunci când scrie:

> Psihanalistul trebuie să aibă ca scop obținerea unei stări mentale în care în fiecare ședință să simtă că nu a mai văzut pacientul înainte. Dacă simte că l-a mai văzut, tratează un pacient greșit (p. 259).

Atunci când observăm că atenția noastră flotantă, centrată pe prezent, a fost deturnată de sentimente puternice sau gânduri rigide, putem mentaliza (să dăm sens celor întâmplate) sau putem încerca să ne reîntoarcem în aici-și-acum, așa cum facem în meditație — adică prin înțelegerea a ceea ce s-a întâmplat și apoi îndreptarea cu grijă a atenției către respirație sau altă experiență senzorială care să ne permită încă o dată să ne stabilizăm atenția — conștientizarea. Subiectiv, acest lucru poate fi resimțit ca atunci când ne „trezim" din transa funcționării, ca și cum am fi fost pe pilot automat. Psihanalista Marion Milner (1960/1987) a sugerat în acest context că terapeuții ar trebui să mențină atenția concentrată către interior, asupra propriei experiențe corporale.[1]

1. Din punctul de vedere al lui Milner (1960/1987), această „concentrare meditativă asupra corpului" generează un context în care experiența pacientului și a terapeutului poate fi cunoscută în modul cel mai profund. Descriind acest tip de atenție, pe care această „conștientizare globală a corpului" o necesită, scria

Poate fi, de asemenea, posibil în psihoterapie să revenim la momentul prezent prin stoparea (sau încetinirea) acțiunii. Decât să facem eforturi pentru a deplasa terapia sau pacientul de la punctul A la punctul B, putem pur și simplu să participăm cu atenție sporită și curiozitate la detaliile a ceea ce se întâmplă în acel moment. Oprirea acțiunii pentru a putea fi atenți la experiența momentului — renunțarea la încercarea de a „face ceva să se întâmple" sau de a „facilita schimbarea" — ne poate permite mai degrabă să *fim* decât să facem (vezi Germer, 2005). De asemenea, ne poate ajuta să ne localizăm conștientizarea — acel „punct fix" din interior care poate funcționa ca o bază de siguranță. Acordând atenție în mod deliberat, pe rând, unui singur lucru — o „abilitate de bază a meditației" în terapia comportamentală dialectică — poate avea același impact (Linehan, 1993). Trecând către o atitudine mai meditativă, mai centrată pe prezent, adesea conducem pacientul spre a deveni fie mai prezent decât înainte, fie mai conștient de dificultatea de a face acest lucru.

În sfârșit, poate fi posibil să intrăm în momentul prezent mult mai mult, imaginându-ne când suntem cu pacientul că mai avem doar *50 de minute de trăit* (sau câte minute mai sunt până la sfârșitul ședinței). Acest truc mental mă aduce adesea în aici-și-acum, îndreptând trăirea întâlnirii terapeutice într-o direcție meditativă. Dacă am fost preocupat sau distant, mult prea emoțional sau prea intelectual, acest experiment imaginat de obicei mă aduce înapoi.

Pacientul meditativ

Ceea ce funcționează la dezvoltarea meditării la terapeut funcționează, de asemenea, și pentru pacient: meditația (în timpul ședinței sau în afara acesteia), concentrarea asupra experiențelor corporale, oprirea acțiunii, concentrarea asupra unui singur lucru sau chiar imaginarea faptului că mai sunt doar câteva minute de trăit. În mod implicit, așa cum am menționat, putem ajuta la facilitarea unei atitudini meditative, prin intermediul calității meditative a propriei noastre prezențe, atunci când relaționăm cu pacientul. În mod explicit, putem încuraja o atitudine meditativă printr-o multitudine de „mișcări meditative" (Aronow, citat în Germer și colab., 2005). Ținând cont că meditarea constă din trei elemente — *conștientizarea experienței prezente* cu *acceptare* —, putem să ne concentrăm intervențiile asupra unuia sau mai multor elemente, la un moment dat.

În primul rând, există intervenții care atrag atenția pacientului asupra experienței din aici-și-acum: *Ce simți în corp în acest moment? Ce ai vrea în acest moment? Ce aștepți de la mine acum?* Sau: *Mi-am dat seama că ai un zâmbet pe față, acum, când vorbim despre ceva pe care nu cred că îl consideri amuzant.* Fie cu o întrebare, fie cu o observație, scopul aici este de a ajuta pacientul să devină, pur și simplu, conștient de ceea ce se întâmplă în momentul prezent.

În al doilea rând, putem interveni având ca scop dezvoltarea acceptării de către pacient a experienței prezente. Frecvent, desigur, pacienții noștri (la fel ca noi toți, în anumite momente) sunt reticenți în a simți pe deplin ceea ce simt. Ei se rigidizează în mod autoprotector, pentru a evita durerea, rămân blocați sau se agață de o emoție anume (cum ar fi furia), pentru a ține departe altele, care sunt mult mai amenințătoare (cum ar fi rușinea). Destul de des, ei nu sunt conștienți de această reticență (perfect de înțeles) de a-și accepta experiența așa cum este. Făcând conștientă această rezistență adesea inconștientă, este de obicei o condiție preliminară pentru o „îmblânzire" a acesteia. Odată ce a fost recunoscută și înțeleasă, putem sugera ca pacientul să încerce să cunoască această rezistență, pentru a putea sesiza ce reprezintă: *Ce conștientizezi că simți acum? Ești conștient că s-ar putea să-ți fie frică să simți?* Apoi, poate fi folositor să-i cerem pacientului dacă ar vrea să încerce să se „îndrepte către" experiența sau să se „relaxeze în" experiența pe care a încercat s-o evite. În acest sens, Germer (2005) a propus o formă de „interviu motivațional" care avea ca scop stabilirea unui context în care capacitatea pacientului de a-și accepta experiența să fie cultivată într-un mod colaborativ:

> Este pacientul dispus să renunțe la a se simți mai calm — probabil chiar pentru a se simți inițial mai rău, în timp ce explorează mai profund experiența

---

„Am observat schimbările uimitoare în ceea ce privește calitatea percepțiilor unei persoane atât față de ea însăși, cât și față de lumea exterioară aduse de folosirea deliberată a unei atenții lărgite, în loc de una îngustată... Baza internă a ființei, ca bază reală psihofizică a tuturor gândurilor conștiente... poate fi în mod direct trăită printr-o direcționare lărgită a atenției către interior... Această modalitate a atenției în mod deliberat participă la o scufundare într-o conștientizare totală, internă, corporală, fără să fie căutate deloc interpretările corecte, de fapt, fără să fie căutate niciun fel de idei — deși interpretările pot apărea din această stare, în mod spontan" (pp. 236-240).

> sa — pentru a se simți ulterior mai bine? Poate pacientul accepta ideea că un obicei învechit de încordare pentru a reduce disconfortul este elementul de bază al problemei sale? Este pacientul dispus să exploreze faptul că sentimentele trec mai ușor dacă le este permis să fie așa acum sunt? (p. 114).

În același sens, am încercat să comunic pacienților mei ideea paradoxală că rezistența în fața experienței dureroase o ține fixată pe loc, pe când îmbrățișarea ei îi permite să fie schimbată. Transpunând această idee în cuvinte, le putem da pacienților un cadru folositor pentru înțelegerea puterii vindecătoare a simplei acceptări a experienței așa cum este.

Suplimentar, putem încerca să-i ajutăm pe pacienții noștri să înțeleagă distincția dintre evenimentele (interne sau externe) pe care le trăiesc și reacțiile lor la acele evenimente: *Ai observat că doar atunci când te simți mai prost te gândești la faptul că munca soției tale până târziu este o formă de respingere? Îți dai seama cât de diferit gândești atunci când ești în altă stare de spirit?*

În sfârșit, putem interveni din punctul de vedere al insight-urilor la care meditarea ne permite accesul experiențial în special prin faptul că gândurile și sentimentele noastre sunt fluide, evenimente mentale în permanentă schimbare, și nu „realități" concrete, care nu se schimbă: *Poți să menții ceea ce simți acum? Ce anume observi? Îți poți da seama de anumite schimbări ale sentimentelor tale?* Experiența subiectivă care este observată în mod noncritic (nu ca o ispravă) se va schimba de obicei: experiența neplăcută va deveni în mod tipic mai puțin neplăcută, iar experiența plăcută, mai puțin plăcută (Segal și colab., 2002).

Facilitarea mentalizării

Mare parte din suferința pacienților noștri presupune eșecul de dezvoltare sau deraierea de la o atitudine de mentalizare față de experiență. Depresia și trauma nerezolvată, precum și tulburările de personalitate în general pot fi toate înțelese ca exemple ale *„minții care percepe greșit și interpretează greșit starea propriului ei conținut și a propriilor ei funcții"* (Allen & Fonagy, 2002, p. 28). De exemplu, pacienții depresivi trăiesc neajutorarea și îndoiala lor de sine nu ca pe stări mentale interpretabile, ci ca simple reflecții corecte ale realității. La polul opus față de această echivalare

depresivă a lumilor internă și externă se află decuplarea, pe care o întâlnim la pacienții cu mecanisme de apărare disociative sau narcisice. Alternând între aceste două moduri de nonmentalizare se află pacienții cu tulburare de personalitate borderline care par terifiați să se uite în propriile lor minți sau în mințile altora. Pentru a-i ajuta pe toți acești pacienți, trebuie să fim capabili să reaprindem sau să refacem capacitatea lor de mentalizare.

Cheia aici este propria noastră competență de mentalizare. Atunci când putem genera multiple perspective asupra experienței, în loc să fim prinși doar în una singură, atunci când putem realiza o legătură între realitatea internă și cea externă, în loc să le echivalăm sau să le disociem și atunci când ne putem înțelege pe fiecare dintre noi din punctul de vedere al stărilor mentale subiacente, atunci putem să-i ajutăm pe pacienții noștri să facă același lucru.

A-l învăța pe pacient „citirea minții" prin citirea minții lui

Pentru a citi mintea pacientului trebuie să rezonăm cu experiența internă a pacientului, să reflectăm asupra ei și să o oglindim în mod fidel — prin cuvintele sau corpul nostru. Astfel, îi permitem pacientului să vadă în mintea noastră o reflexie a propriei sale minți. Mentalizarea noastră implicită — adică responsivitatea noastră în mare parte nonverbală la indiciile în mare parte nonverbale ale pacientului — joacă un rol crucial în acest proces intersubiectiv. O atitudine meditativă poate, de asemenea, crește acest tip de responsivitate intuitivă, automată. Mentalizarea noastră explicită folosește limbajul pentru a sublinia sau a explica anumite fațete ale experienței implicite care par neclare, contradictorii și/sau derangante. O astfel de mentalizare „explică implicitul" (Allen & Fonagy; 2002; Grupul de studiu al procesului de schimbare Boston, 2002).

Totuși prea multă lectură explicită a minții din partea terapeutului poate submina capacitatea în dezvoltare a pacientului de a-și citi propria minte și mintea celorlalți. Fonagy atrage atenția față de „atitudinea de expert", în care terapeutul îi spune pacientului ce se întâmplă („Cred că te simți supărat acum."). El recomandă în schimb o „atitudine iscoditoare" de „necunoaștere" în care terapeutul clarifică experiența pacientului, punând întrebări, observând aspecte ale interacțiunii prezente, restabilind faptele și

așa mai departe („Modul în care te comporți acum mă surprinde, singurul mod în care ar avea sens este dacă ai fi supărat. Este adevărat?").

În ceea ce privește interpretarea, el sugerează că „ceea ce contează nu este destinația, ci călătoria în sine": decât să-l luminăm pe pacient cu insight-urile noastre, principalul scop al oricărei interpretări pe care o facem ar trebui să fie încurajarea propriului proces interpretativ al pacientului (Fonagy, comunicare personală, 2006).

> De exemplu, când Ellen a început în mod repetat să întârzie la ședințe, eu am devenit din ce în ce mai deranjat de acest lucru. Odată, în loc să iau ca atare această enervare (sau, mai degrabă, întârzierea ei), am reușit să o interpretez într-o manieră care i-a stârnit curiozitatea. Admițând că am putut să mă enervez în legătură cu întârzierea ei — deși nu am vrut acest lucru —, m-am întrebat cu voce tare dacă s-ar simți mai în siguranță să înceapă o ceartă și să creeze distanță decât să se simtă apropiată și să riște să fie respinsă de mine. S-a uitat gânditoare pentru câteva momente și a spus apoi că azi, venind spre mine, și-a dorit o ceartă, fără să fie sigură de ce: „Tot ce știu este că urăsc să fiu dependentă de tine... Poate dacă te enervez, pot să mă supăr pe tine și toate lucrurile legate de ideea de a avea grijă de mine pur și simplu ar... dispărea". Ulterior în cadrul terapiei Ellen a început să observe impulsul său de a începe o ceartă. Se pare că, adesea cu mare dificultate, a fost capabilă să se oprească din a da curs acestui impuls și să împărtășească în schimb cu mine acest lucru, pentru a putea amândoi să-l înțelegem.

Mentalizarea pacientului și intervențiile terapeutului

Să încercăm să intervenim în moduri care să se potrivească cu nevoile pacienților noștri adesea înseamnă să ne așteptăm la ceva mai mult de la ei decât ceea ce cred ei că sunt capabili să facă. Astfel, în orice moment pe parcursul terapiei eforturile noastre de a implica (sau de a reimplica) potențialul lor de mentalizare vor fi sporite în așa fel încât să putem evalua în mod corect capacitatea lor prezentă de a mentaliza (care are fluctuații) și modul lor de experiență predominant (de echivalență psihică, de pretindere sau de mentalizare) la care par să fie în prezent racordați.

Aprecierea exactă, din mers, a capacității de mentalizare a pacientului nu este un lucru ușor. Așa cum a fost discutat în capitolul 4, Scala de Funcționare Reflexivă compusă de Fonagy și colab. (1998) poate fi de ajutor, la fel cum poate fi și observația lui Main (1991) că abilitatea metacognitivă este evidențiată de conștientizarea faptului că aparențele și realitatea diferă, că oamenii pot avea diverse puncte de vedere asupra aceleiași realități și că aceste puncte de vedere se pot schimba de-a lungul timpului. Totuși, adesea avem doar o impresie, un simț intuitiv, despre măsura capacității pacientului de a folosi cuvintele noastre atunci când acestea trec dincolo de ceea ce pacientul gândește sau simte în acel moment. Va fi sau nu de ajutor să prezentăm o altă perspectivă asupra experienței subiective a pacientului? Pentru că răspunsul la această întrebare se poate modifica de la un moment la altul, îmi regândesc adesea judecățile clinice și ajustez „profunzimea" intervenției mele, practic, în mijlocul situației.

Dacă îmi iese sau nu bine, este o problemă care poate fi determinată empiric în colaborare cu pacientul, ale cărui răspunsuri implicite sau explicite sunt destul de elocvente. Probabil cuvântul „colaborare" nu este prea potrivit pentru furia, frica în creștere sau blocarea pe care le putem evoca, supraestimând ceea ce este capabil să audă pacientul. Interpretările neacordate sunt de obicei resimțite ca fiind acuzații sau abandonuri, atunci când capacitatea pacientului pentru reflectare este, pe moment sau în mod obișnuit, mult mai compromisă decât ne-am așteptat. În cel mai rău caz, încrederea noastră mult prea mare poate să îl facă pe pacient să se simtă inadecvat.

Ca regulă, oferirea unor perspective sau interpretări alternative este folositoare atunci când capacitatea metacognitivă a pacientului este puternică. În schimb, când această capacitate este inhibată sau trebuie să fie aprinsă, alte intervenții sunt probabil mai adecvate.

Putem clarifica experiența subiectivă a pacientului ajutându-l, cel mai important, să identifice sentimentele care se află la baza comportamentului său și contextul acestor sentimente. Când o astfel de clarificare are succes, poate diminua distresul și confuzia care, altfel, ar putea provoca acțiuni autodistructive din partea pacientului. Pentru pacient, aceasta poate fi o lecție puternică — o experiență trăită a valorii mentalizării. Impactul unei astfel de experiențe este posibil să fie la fel de mare atunci când

sentimentele de neînțeles ale pacientului apar în legătură cu terapeutul, cu ajutorul căruia sunt clarificate, înțelese și domolite.

Empatizarea expresivă cu experiența subiectivă a pacientului poate fi, de asemenea, de ajutor, dar numai atâta timp cât empatia noastră nu este limitată la sentimentele manifeste ale pacientului, ci este lărgită la emoțiile pe care pacientul este încă incapabil să le simtă și să le exprime. Această opoziție este în special semnificativă atunci când sentimentele exprimate (de exemplu de furie sau ostilitate) acoperă alte sentimente (de dependență sau vulnerabilitate, să zicem) a căror exprimare pare mult mai problematică, dar are un potențial mai adaptativ. Adesea răspunsurile noastre de contratransfer ne pot ajuta să recunoaștem sentimentele de care pacientul se protejează (Bateman & Fonagy, 2006).

Altă dată, contratransferul nostru reflectă în principal dificultatea noastră de a tolera reticența (sau incapacitatea) pacientului de a mentaliza. Atunci când frustrarea față de perspectiva unidimensională păstrată ferm de pacient a generat un impas empatic, poate fi ajutor să oferim pacientului informații periodice despre reacțiile noastre față de dificultățile pe care le prezintă în a lua în considerare mai mult de o perspectivă asupra experienței sale. Aici aș putea spune: „Pe măsură ce vorbim mă simt împărțit: pe de-o parte, vreau să știi că înțeleg importanța perspectivei tale și realitatea durerii tale. Pe de altă parte, am o altă perspectivă, dar sunt îngrijorat că dacă încerc să o exprim, ai putea crede că nu te ascult sau că nu sunt conectat cu tine. Deci nu sunt sigur cum ar trebui să procedez". Cu aceste cuvinte, modelez mentalizarea și invit pacientul să colaboreze. Sugerez prezența unor perspective alternative, chiar dacă acestea rămân nerostite. Astfel, adesea descopăr că abilitatea mea de a empatiza cu pacientul este refăcută. Adesea și pacienții se simt ușurați pentru că se simt acum mai puțin singuri și mai capabili să mi se alăture în ceea ce a devenit o dilemă comună. Deși pacienții se pot teme de ceea ce terapeutul are de spus, ei știu la un anumit nivel că au mare *nevoie* de o altă perspectivă, pentru că a lor nu a putut să le reducă suferința.

Dat fiind faptul că scopul nostru principal este de a genera împreună cu pacientul un proces reflexiv, și nu anumite insight-uri, ar trebui în continuare să ne adresăm constrângerilor asupra libertății pacientului de a mentaliza, înainte de a încerca să înțelegem anumitele stări mentale. Astfel de constrângeri sunt aproape întotdeauna susținute de un sentiment

de necesitate psihică. De aceea, este de obicei important ca terapeutul să investigheze, în tăcere sau în colaborare, logica emoțională a abilității aparent limitate a pacientului de a mentaliza (Seligman, 1999).

Atunci când întâlnim o înghețare temporară a funcției reflexive a pacientului, este de obicei de ajutor să luăm în considerare ceea ce a apărut recent în relația noastră cu pacientul. Privind înapoi în acest fel, putem descoperi că am declanșat din greșeală rușinea pacientului, am atins o zonă de vulnerabilitate sau am intrat într-o trecere la act a unei experiențe (în mod obișnuit) disociate. Toate acestea pot fi rupturi pe termen scurt, dar au nevoie de atenție imediată și reparare pentru a asigura faptul că limitările mentalizării colaborative a pacientului vor fi, de fapt, doar temporare.

Desigur, câteodată, capacitatea pentru mentalizare se dovedește a fi limitată în moduri mult mai persistente. Diferiți pacienți pot avea probleme să gândească și să simtă în aceeași „respirație" mentală. Unii se tem să nu fie copleșiți sau să se dezintegreze dacă vor gândi și vor simți liber. Unii au o nevoie psihică de a menține disocierea și se simt amenințați de integrarea pe care mentalizarea tinde să o faciliteze. Unii pacienți se simt constrânși de interdicțiile împotriva cunoașterii, care adesea acompaniază trauma și violarea. Alți pacienți, pentru a-și proteja sentimentul lor fragil de identitate, trebuie să susțină fantezia că există doar o singură perspectivă asupra realității — și că terapeutul o împărtășește pe aceasta (Seligman, 2000). În sfârșit, sunt pacienți ca Ellen pentru care acceptarea opțiunii de a gândi și a simți pentru ei înșiși înseamnă renunțarea la speranța lor neîncetată și asumarea sarcinilor de doliu dureroase, deși potențial eliberatoare.

Dincolo de evaluarea capacității reflexive a pacientului — puternică sau slabă, temporar inhibată sau în mod cronic constrânsă —, poate fi de un mare ajutor să observăm natura atitudinii „prereflexive" a pacientului față de experiență. În orice moment, pacientul echivalează mintea și lumea — sau le decuplează? Și pe parcurs, pacientul tinde să trăiască într-o realitate subiectivă care este predominant concretă și neinterpretabilă — sau într-una în care dorințele și gândurile în mare parte se echilibrează?

Pacienții aflați într-un mod de echivalență psihică echivalează ceea ce simt și cred cu ceea ce este real și adevărat. Ca terapeuți, sarcina noastră cu astfel de pacienți este asemănătoare cu cea a părintelui care se implică

în relația cu copilul, oferindu-i în același timp acestuia, în mod implicit, două perspective asupra jocului: este în același timp „real" și „pretinde că". Trebuie să susținem capacitatea pacientului de a conserva sentimentul propriei sale experiențe și trebuie să prezentăm perspective alternative, care să țină cont de complexitatea acelei experiențe.

Permițând existența perspectivei pacientului, în timp ce ne-o menținem pe a noastră, poate fi în mod special o sarcină provocatoare, atunci când ne simțim inconfortabil să fim văzuți așa cum ne vede pacientul. Și totuși exact acesta este lucrul pe care trebuie să încercăm să-l facem. Un pacient cu o istorie de atașament dezorganizat sau/și traumă este de obicei incapabil, cel puțin inițial, de a-l vedea pe terapeut ca pe o persoană demnă de încredere. Dacă vrem să fim considerați vreodată demni de încredere, trebuie să fim capabili să acceptăm pacientul așa cum este, oricât de inconfortabil ar fi pentru noi acest lucru. Admițând ca fiind plauzibilă perspectiva unică, întunecată a pacientului și păstrând în minte în același timp — și câteodată comunicând — puncte de vedere alternative, ajutăm la crearea unui spațiu de siguranță în care pacientul să înceapă să se ia în considerare pe sine și pe ceilalți într-un mod mult mai complex. Evident că nu strică faptul că acest comportament al nostru ridică pacientului dubii legate de așteptările sale cele mai rele: „Diferența dintre percepția pacientului asupra terapeutului despre cum își imaginează că este și cum este acesta de fapt poate ajuta la punerea între ghilimele a experienței de transfer ca un citat" (Fonagy și colab., 2002, p. 370).

Prezentarea unor interpretări complexe aduce puțin creșterii complexității gândirii pacientului. Tendința pacientului de a echivala pur și simplu sentimentele și credințele cu faptele este foarte probabil să fie dizlocată de eforturile persistente ale terapeutului de a observa, de a denumi și de a explora schimbările permanente ale experienței emoționale a pacientului. Poate fi în mod special de ajutor să putem identifica în timp real circumstanțele interne sau interpersonale care afundă pacientul în stări copleșitoare de distres. Înțelegerea acestor factori declanșatori poate asigura o modalitate de ușurare. De-a lungul timpului, poate facilita într-o anumită măsură conștientizarea eliberatoare a pacientului că experiența sa interpersonală nu este o reflectare directă a realității, ci mai degrabă produsul idiosincratic al răspunsurilor subiective la realitățile cu care se confruntă.

Spre deosebire de acești pacienți a căror experiență a realității tinde să fie „reală" într-un mod insuportabil, pacienții aflați în modul „pretindere că" sunt suficient de capabili să lase deoparte aceste realități insuportabile. Primii pot fi descriși ca preocupați sau fără soluție și sunt adesea mult prea copleșiți de experiența lor ca să poată să se gândească la aceasta. Ultimii sunt cei care resping și sunt adesea mult prea delimitați de experiența lor pentru a avea sentimente despre aceasta — sau le este teamă să-și recunoască sentimentele. Este esențial să-i recunoaștem pe pacienții care funcționează în modul pretindere, pentru că adesea lasă impresia că fac ceea ce trebuie în terapie, când, de fapt, nu se întâmplă acest lucru: ei par să „lucreze", dar este puțin probabil să fie productivi, pentru că insight-urile lor și experiența lor despre relația terapeutică nu își au bazele în realitatea emoțională.

Prioritatea terapeutului aici este de a evita să concluzioneze cu pretinderea că pacientul absent emoțional este, de fapt, prezent. În schimb, ar trebui să observăm cât de greu îi este pacientului să recunoască impactul experienței nedorite sau, probabil într-un sens mai larg, să simtă sentimentele profunde. Desigur, trebuie să urmăm și firul roșu al afectului, atrăgând atenția pacienților noștri asupra semnelor unor sentimente la care aceștia ar putea fi reticenți sau de care nu își dau seama. Unii pacienți găsesc o semnificație foarte importantă atunci când le putem clarifica fuga lor reflexă față de sentimentele de care au devenit deja conștienți. Intervențiile noastre cheie aici — inclusiv, câteodată, dezvăluirea explicită a unor aspecte din propria noastră experiență emoțională — sunt menite nu numai a face experiența pacientului cu noi mai „reală", ci și de a realiza legături între anumite fațete ale experienței pe care pacientul a trebuit să le țină deoparte.

Prinși fie în modul de echivalență psihică, fie în cel de pretindere, pacienții noștri relaționează cu experiența lor într-o manieră *de*zintegrată. Conform lui Fonagy și colegilor lui, prin intermediul integrării acestor moduri prereflexive copilul învață să mentalizeze — să „se joace cu realitatea" (Fonagy & Target, 1996), în loc să se simtă copleșit sau rupt de aceasta. Noi facilităm această integrare în psihoterapie prin intermediul intervențiilor pe care le-am descris mai sus și prin intermediul asigurării unei relații securizante, în care pacientul poate ajunge să se vadă pe sine însuși în mintea terapeutului — și să se simtă în inima acestuia — ca fiind o ființă gânditoare, cu sentimente și dorințe.

Mentalizarea, meditarea și contribuția terapeutului

Capacitatea noastră de a interveni în aceste moduri și de a oferi o astfel de relație securizantă depinde într-o mare măsură de capacitatea noastră de integrare. La fel cum pacienții noștri au fost influențați de ceea ce figurile lor de atașament au putut sau nu să gândească, să simtă sau să dorească, istoria noastră de atașament din copilărie și dincolo de aceasta este cea care în mare măsură determină gama de experiențe subiective pe care suntem capabili să ne-o permitem nouă și altora.

Noua relație de atașament pe care o trăim în psihoterapie sau analiză personală apare frecvent, în mod predominant în acest istoric, pentru clinicieni — a căror alegere vocațională este adesea, în parte, rezultatul unei speranțe inconștiente de a vindeca răni de atașament timpurii. În noua relație de atașament avem ca scop să le asigurăm pacienților noștri experiențe repetate de desprindere, prin intermediul meditării și al mentalizării ce pot să formeze un centru competitiv al organizării, atât pentru minte, cât și pentru creier. În acest mod, astfel de experiențe au potențialul de a înlocui modelele de lucru de nesiguranță ale pacientului cu unele de „siguranță câștigată".

Capacitatea de mentalizare a pacientului este atât o unealtă crucială, cât și un mijloc pentru „rescrierea" narațiunii autobiografice a pacientului — povestea pe care pacientul o folosește pentru a da semnificație vieții sale. Astfel, mentalizarea facilitează dobândirea unei minți care își este autor. Meditația este o unealtă valoroasă similară. În loc să „povestească viața", meditarea transformă autorul.

Prin facilitarea acestor abilități, psihoterapia, atunci când este eficientă, oferă o nouă experiență de siguranță de care poate beneficia orice pacient. Dar față de pacienții care au copii (sau vor avea copii), contribuția terapeutului poate merge mult mai departe, pentru că are potențialul de a rupe lanțul dezavantajelor care tind să împovăreze fiecare generație ulterioară cu nesiguranța și traumele generațiilor anterioare.

Bibliografie

Ainsworth, M.D.S. (1963). The development of infant-mother interaction among the Ganda. In B.M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behavior* (vol. 2, pp. 67–112). New York: Wiley.

Ainsworth, M.D.S. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love.* Baltimore: John Hopkins University Press.

Ainsworth, M.D.S. (1969). Object relations, dependency and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969–1025.

Ainsworth, M.D.S. & Eichberg, C. (1991). Effects on infant-mother attachment of mother's unresolved loss of an attachment figure, or other traumatic experience. In C.M. Parkes (ed.), *Attachment across the life cycle* (pp. 160–185). New York: Routledge.

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation.* Hillsdale. NJ: Erlbaum.

Allen, J.P., & Fonagy, P. (2002). *The development of mentalizing and its role in psychopathology and psychotherapy* (Technical Report No. 02–0048). Topeka, KS: Menninger Clinic, Research Department.

Amini, F., Lewis, T., Lannon, R., Louie, A., Baumbacher, G., McGuiness, T., et al. (1996). Affect, attachment, memory: Contributions toward psychobiologic integration. *Psychiatry*, 59, 213–237.

Aron, L. (1991). The patient's experience of the analyst's subjectivity. *Psychoanalytic Dialogues*, 1, 29–51.

Aron, L. (1992). Interpretation as expression of the analyst's subjectivity. *Psychoanalytic Dialogues*, 2, 475–505.

Aron, L. (1996). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis.* Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Aron, L. (1998). The clinical body and the reflexive mind. In L. Aron & F.S. Anderson (Eds.), *Relational perspectives on the body* (pp. 3–38). Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Index

A

B

C

K

L

M

N

O

P

PSIHOLOGIE

Integrând rezultatele cercetărilor empirice cu noțiunile teoretice din teoria atașamentului, intersubiectivitate, neuroștiințe și meditația budistă, autorul reușește să transmită modul în care psihoterapeuții pot folosi în practică trei elemente cheie: relația terapeutică ce reprezintă un creuzet al dezvoltării, dimensiunea nonverbală a interacțiunii terapeutice și influența transformatoare a unei atitudini reflexive și meditative. Autorul ilustrează modul în care acele intervenții ale terapeutului care vin în întâmpinarea nevoilor de atașament ale pacienților îi pot ajuta să dezvolte o bază de siguranță internalizată pentru care relațiile timpurii cu părinții nu au oferit niciun fundament. Demonstrând utilitatea clinică a focalizării pe interacțiunea nonverbală, autorul descrie tehnici de abordare a răspunsurilor emoționale și experiențelor corporale ale pacienților. De asemenea, este explorat în acest volum modul în care terapeutul poate utiliza propria experiență subiectivă, conștientizarea trecerilor la act și atenția focalizată asupra corpului pentru a aduce la lumină experiențele neverbalizate, disociate ale pacientului. Conceptele complexe sunt clarificate și ilustrate prin exemple clinice detaliate. Ilustrările de caz ajută cititorul să înțeleagă și să trateze mai bine depresia, anxietatea, problemele relaționale și comportamentul suicidar. Scrisă într-un limbaj accesibil, cartea reprezintă un ghid util atât pentru studenți și psihoterapeuți, cât și pentru psihologi clinicieni, asistenți sociali sau psihiatri.

DAVID J. WALLIN Dr. David J. Wallin este psiholog clinician și lucrează în domeniul privat în Mill Valley și Albany, California. Practică și predă psihoterapie de aproape trei decenii și a scris numeroase cărți și articole. Dr. Wallin este coautor (cu Stephen Goldbart) al lucrării «Mapping the Terrain of the Heart: Passion, Tenderness, and the Capacity to Love».

9 789737 073921 >

ISBN 978-973-707-392-1
www.edituratrei.ro